Nr. 51. 18. grudnia 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Dr. K. BOCHEŃSKI. Lwów.

Leczenie raka macicy w świetle najnowszych poglądów.

W leczeniu raka macicy rozporządzamy dzisiaj dwiema metodami, t. j. operacją i naświetlaniami. Aby rozstrzygnąć, która z tych metod jest lepsza, musimy odpowiedzieć na pytanie, jakie dotąd uzyskaliśmy wyniki po jednej lub drugiej metodzie, a nadto, czy te metody mogą dać jeszcze lepsze wyniki lecznicze przez dalsze udoskonalenie. Rozważmy najpierw metodę operacyjną.

Prawdziwy i celowy rozwój tej metody nastąpił dopiero wówczas, kiedy poznano dokładniej drogi rozszerzania się raka macicy i przekonano się, że samo usunięcie macicy jest niewystarczające, i że dopiero równoczesne usunięcie sąsiedniej tkanki łącznej i gruczołów miednicy małej ma zasadnicze znaczenie dla uzyskania trwałych wyników wyleczenia. Stwierdzenie tego faktu stanowiło moment przełomowy w operacyjnem leczeniu raka macicy, gdyż dało ono impuls do rozwoju techniki operacyjnej, która w istocie doprowadzono niemal do granic możliwości. Dążność do operowania w tkance zdrowej, o ile możności jak najdalej od ogniska nowotworowego, usunięcie wszystkich gruczołów nietylko w miednicy małej, ale także poza nią, odpreparowanie a w razie potrzeby nawet częściowe usunięcie zajętych lub podejrzanych organów sąsiednich, to są dzisiaj dla operatora rzeczy zupełnie naturalne, a po takim zabiegu wnętrze miednicy przedstawia się jakby preparat anatomiczny.

Mimo to wyniki trwałego wyleczenia operacyjnego nie były i nie są zadowalające. Statystyki operatorów pierwszorzędnych (Wertheim, Zweifel, Krönig, Franz i in.) wykazują odsetek wyleczenia od 23 do 28% wszystkich chorych na raka macicy. Inni autorowie mają wyniki nieco gorsze tak, że możemy przyjąć, że drogą operacyjną możemy wyleczyć trwale zaledwie 20% chorych na raka macicy, t. j. piątą część chorych, dotkniętych tem cierpieniem.

Odsetek trwale wyleczonych tylko chorych operowanych jest daleko wyższy. Statystyki niektórych operatorów, naturalnie pierwszorzędnych, podają ten odsetek na około 80%, innych około 40%. Możemy więc powiedzieć, że odsetek trwałego wyleczenia obejmuje zaledwie połowę chorych na raka macicy z przypadków nadających się do operacji. I musimy przyjść do przekonania, że nie możemy się spodziewać, aby nam się udało drogą operacyjną uzyskać o wiele lepsze wyniki. Przeszkadzają temu bowiem liczne czynniki, jak np. nieunikniona pewna śmiertelność pooperacyjna, która, mimo udoskonalenia techniki, waha się jeszcze od 5 do 20%, następnie to, że przeważna część chorych na raka macicy zgłasza się do leczenia w stanie nie nadającym się do operowania, a wreszcie okoliczność bardzo ważna, że z pośród tych chorych, u których stosunki miejscowe przedstawiają się korzystnie do operacji, dość znaczny odsetek nie nadaje się do zabiegu z powodu schorzeń innych narządów lub cierpień ogólnych, stanowiących przeciwwskazanie do wykonania zabiegu radykalnego.

Dla ścisłości wspomnieć należy, że, wobec znacznej śmiertelności pooperacyjnej, w ostatnich czasach wielu autorów z Halbanem na czele wystąpiło z myślą, aby w przypadkach początkowych raka macicy, ograniczonych tylko do części pochwowej, wykonywać jedynie zwykłe wycięcie macicy drogą laparotomji albo od strony pochwy. Spodziewano się w ten sposób zmniejszyć przedewszystkiem śmiertelność pooperacyjną, a także uzyskać lepsze wyniki trwałe przez ograniczenie zabiegu operacyjnego. Przeciwko temu stanowisku przemawia spostrzeżenie kliniczne, które wykazuje, że nawet w przypadkach zupełnie początkowego raka macicy czasem gruczoły mogą już być zajęte. W przypadkach takich naturalnie mimo następowego naświetlania istnieje możliwość nawrotu, jeśli wykonano w nich tylko zwykłe wycięcie macicy. Jako typowy zabieg operacyjny w raku macicy musimy więc uważać operację radykalną i to najlepiej od strony jamy brzusznej. O ile zaś ktoś byłby zwolennikiem ograniczenia tego zabiegu jedynie do zwykłego wycięcia macicy, to koniecznym warunkiem tego ograniczenia musi być bardzo dokładne i gruntowne naświetlanie pooperacyjne.

Wobec tego zrozumiałą jest rzeczą, dlaczego myśl leczenia raka macicy energją promienną tak wiele wzbudziła zainteresowania w świecie lekarskim. Naświetlania te powitano pierwotnie z wielkim entuzjazmem a przez niektórych nawet z pewną przesadą, łatwo zrozumiałą wobec dobrych wyników bezpośrednich, zwłaszcza w przypadkach nienadających się do operacji, w których dotychczas byliśmy zupełnie bezradni. Entuzjazm ten po pewnym czasie ostygł i nastąpiło pewne rozczarowanie do nowej metody leczniczej a to z powodu z jednej strony niepomyślnych wyników ostatecznych w wielu przypadkach, z drugiej strony z powodu uszkodzeń narządów sąsiednich i poważnych powikłań, występujących po naświetlaniach. Dzisiaj wiemy, że przyczyną tych uszkodzeń było niedostateczne opanowanie samej techniki naświetlań, zbyt mała lub za wielka dawka energji promiennej i t. p. niedomagania nowej metody. Zdawało się, że powrót do leczenia jedynie operacyjnego jest nieunikniony i zaniechanie dalszych prób z naświetlaniami konieczne. Dzięki niestrudzonej pracy zwolenników nowego sposobu leczenia możemy dzisiaj atoli stwierdzić, że stosowanie energji promiennej w leczeniu raka macicy ma zupełne uzasadnienie i nie może ulegać żadnym zastrzeżeniom.

Nasuwa się z konieczności pytanie, czy leczenie to może zastąpić częściowo lub nawet w zupełności leczenie operacyjne. W sprawie tej będę miał sposobność wypowiedzieć się obszerniej nieco później. Tutaj zaznaczyć tylko muszę, że zwolennicy wyłącznego leczenia operacyjnego podnieśli liczne ujemne strony naświetlań. Zrozumiałą jest rzeczą, że jak każda nowa metoda tak również i metoda naświetlań musiała przejść swój okres rozwoju, w którym naturalnie ujawniły się liczne ujemne jej strony i w którym pewne ofiary były nieuniknione. Te pierwotne niedomagania, o ile miały swe źródło w niedostatecznej znajomości biologicznego działania promieni i były następstwem niedostatecznego opanowania wskutek tego techniki naświetlań, nie mogą już obciążać tej metody leczniczej, gdyż sposób jej stosowania pozwala dzisiaj na uniknięcie wszystkich wspomnianych uszkodzeń. Możemy dzisiaj śmiało powiedzieć, że pierwszy okres doświadczeń z nową metodą leczniczą minął szczęśliwie dla niej. Metoda ta zyskuje sobie coraz więcej zwolenników dzięki temu, że w rozwoju swym wykazuje stały postęp w miarę zdobywanego przez nas doświadczenia. Jak się przedstawia ten postęp liczbowo, widzimy to w różnych zestawieniach statystycznych, z których dla przykładu pozwolę sobie niektóre przytoczyć. I tak w Instytucie radowym w Stockholmie odsetek wyleczonych naświetlaniami chorych na raka macicy w czasie od r. 1914—1918 wynosił 20% — w latach następnych zaś wzrósł do 29%. Instytut radowy w Paryżu, pozostający pod kierownictwem Regaud'a wykazuje stały wzrost odsetek wyleczenia od 10 do 30%.

Statystyka I Kliniki wiedeńskiej w r. 1919 wykazuje 17.2% wyleczenia, który to odsetek w r. 1928 podnosi się do 34%, zaś odsetek stałego wyleczenia wynoszący 4.1% w r. 1921 — wzrasta w roku 1926 do 12.5%, — czyli że z biegiem czasu potroiła się ilość przypadków stale wyleczonych, a podwoiła ilość przypadków doraźnego wyleczenia.

Ten wyraźny i stały postęp zawdzięczamy coraz większemu doświadczeniu w stosowaniu naświetlań, doświadczeniu, polegającemu na coraz większem udoskonalaniu techniki naświetlań i coraz gruntowniejszemu poznawaniu działania energji promiennej. W tym kierunku bardzo ważne znaczenie miało stwierdzenie faktu, że promienie twarde, najbardziej zbliżone do promieni radu, stanowią najważniejszy czynnik leczniczy w działaniu na tkankę nowotworową. Przez stosowanie różnych sączków, których jakość i grubość uzależniamy w każdym poszczególnym przypadku od jakości stosowanego preparatu, od rozmiarów nowotworu i od grubości tkanek zdrowych, leżących pomiędzy preparatem a ogniskiem nowotworowem, umiemy dzisiaj wyzyskać należycie lecznicze własności tych promieni, a przez wyeliminowanie innych promieni zapobiec szkodliwemu działaniu tychże.

Wielkość samego preparatu, jego długość i wymiary, pozwalają na odpowiednie jego stosowanie, przyczem w przeciwieństwie do dawniejszego stosowania jednego preparatu silniejszego, posługujemy się dzisiaj raczej kilkoma preparatami o mniejszej zawartości radu, które stosujemy w kilku miejscach. Odległość prepa-

ratu od ogniska nowotworowego i czas działania naświetlań to są dwa może najważniejsze czynniki decydujące o wielkości i skuteczności zastosowanej dawki. I w tym kierunku lata ostatnie zaznaczyły się poważnym postępem. Poznaliśmy, na podstawie prawa odległości i praw absorbcji, nasilenie działania preparatu w każdem miejscu miednicy, co pozwoliło przez należyte rozmieszczenie dawki odpowiedniej zadziałać jak najkorzystniej na całą tkankę nowotworowo zmienioną.

O ile idzie o czas naświetlań, to na czynnik ten od samego początku zwracano bardzo baczną uwagę i przypisywano mu poważne znaczenie. I dzisiaj sprawa ta jest przedmiotem powszechnego zainteresowania i ogólnych rozważań. Idzie o rzecz doniosłą, bo o rozłożenie dawki na czas, któryby był *„optimum"* naświetlania. Tak, jak dzisiaj rzecz się ma, przeważna część autorów hołduje zapatrywaniu, że daleko korzystniej jest rozłożyć naświetlania na czas dłuższy. Korzyść tak rozłożonych naświetlań polega na tem, że możemy daleko większe ilości energji promiennej dostarczyć w ognisko nowotworowe, a ponadto unikamy poważniejszych uszkodzeń i powikłań, gdyż w ten sposób możemy zastosować daleko większe dawki w sumie, które przy jednorazowem zastosowaniu w jednem miejscu musiałyby wywołać działanie szkodliwe na zdrowe otoczenie.

Przechodząc do omówienia metod naświetlania, zauważyć należy, że z biegiem czasu powstało ich wiele; często też jedna od drugiej nie wiele się różni. Jako zasadnicze przyjąć musimy 3 metody a mianowicie:

1. Naświetlania samym Roentgenem,
2. naświetlania samym radem i
3. naświetlania kombinowane.

W i n t z jest znany jako przedstawiciel leczenia raka macicy jedynie naświetlaniami rentgenowskiemi. Statystyki jego wykazują, że rzeczywiście wyniki miał dobre, bo przeszło 60% wyleczeń trwałych w przypadkach raka macicy nadających się do operacji, a 15% w przypadkach nienadających się do operacji. Godzi się atoli podkreślić, że Wintz stosował w wielu przypadkach, oprócz Roentgena dodatkowo rad, i to w dawkach dość poważnych.

W przeciwieństwie do tego instytut radowy w Stockholmie znany jest jako zwolennik zapatrywania, że w leczeniu raka szyi macicy naświetlanie samym radem jest wystarczające. O ile idzie o przypadki korzystne do leczenia, t. j. nadające się do operacji, może rzeczywiście ten sposób być wystarczający. Przekonano się atoli, że w przypadkach zaawansowanych, gdzie istnieją nacieki nowotworowe w przymaciczach, trwałego wyleczenia samym radem uzyskać nie można. To też w przypadkach tych od roku 1919 stosują i w instytucie wspomnianym oprócz radu również i naświetlania rentgenowskie. To samo dotyczy również stanowiska Philippa, który jest bezwzględnym zwolennikiem stosowania jedynie radu bez Roentgena. Dobre wyniki, jakie podaje w swej statystyce, odnoszą się prawdopodobnie jedynie do przypadków grupy I, a co najwyżej II, a wiemy z doświadczenia, że w tych przypadkach wyleczenie samym radem jest możliwe.

Stosowanie samego radu w przypadkach daleko posuniętych jest trudne i niebezpieczne ze względu na możność poważnych uszkodzeń narządów sąsiednich, a to wobec konieczności stosowania w tych przypadkach dawek dużych dla wyrównania niejednolitego działania radu. Przy stosowaniu preparatu radowego do szyi macicy i do pochwy uzyskanie odpowiednio wysokiej i potrzebnej dawki w przymaciczach zajętych nowotworem jest połączone z silnem przedawkowaniem w miejscu zabiegu. Dla uniknięcia tego stosujemy miejscowo rad w dawce średnio wysokiej, nieuszkadzającej najbliższego otoczenia, a dla wyrównania niejednolitości działania, uzupełniamy naświetlania radem wewnętrzne — naświetlaniami z zewnątrz przy pomocy odpowiednio rozmieszczanych naświetlań rentgenowskich. Powyższe okoliczności dostatecznie wyjaśniają korzyść takiego skombinowanego naświetlania, polegającą na wyrównaniu nierównomiernego nasilenia dawki we wszystkich zajętych nowotworowo okolicach miednicy. Naświetlając bowiem z kilku miejsc, możemy stosować w każdą okolicę odpowiednią dawkę, przyczem nie narażamy tkanek zdrowych na uszkodzenie.

W ten sposób ściśle określony przedstawiałby się zakres stosowania naświetlań skombinowanych, dotyczyłby on bowiem przypadków, w których rak nieograniczony jest do samej tylko macicy, lecz przekroczył już jej granice. Byłyby to więc przypadki grup od II do IV. Doświadczenia kliniczne poczynione w latach ostatnich z tym sposobem naświetlania w powyższych 3 grupach raków macicy potwierdzają to w zupełności. Co więcej, wykazują one, że także w przypadkach grupy I., w których naświetlaniami samym Roentgenem lub radem możemy uzyskać wyleczenie, wyniki są o wiele lepsze, jeśli stosujemy naświetlania skombinowane. I tak np. Lahm po naświetlaniu samym radem uzyskał wyleczenie w przypadkach grupy I w 37.8%, grupy II w 25% a w grupie III w 13.3%, w przypadkach leczonych radem i Roentgenem odsetek wyleczenia wynosi 50% w grupie I, 48.7% w grupie II i wreszcie 25.3% w grupie III. Jedna z ostatnich statystyk ogłoszona przez Laborde-Wackhama, wykazuje najlepsze wyniki, jakie właśnie tą metodą skombinowaną udało się uzyskać. Odsetek wyleczenia wynosi w tej statystyce w grupie I 80%, w grupie II, — 55.5% i wreszcie w grupie III — 23.4%.

Pytanie zasadnicze, czy operować, czy też naświetlać raka macicy, które jeszcze dotąd w piśmiennictwie pojawia się od czasu do czasu i w różny sposób bywa rozstrzygane, zdaniem mojem właściwie nie jest aktualne. Wszak już dzisiaj nie ulega wątpliwości, że tak jednym jak i drugim sposobem możemy uzyskać wyleczenie. Ponieważ zaś będziemy mieli do czynienia z przypadkami najrozmaitszemi, z których jedne nadawać się będą do operacji, a drugie nie i to z przyczyn nietylko miejscowych, ale i ogólnych, więc cały problem musi dotyczyć jedynie wyboru tej metody leczniczej, która w danym przypadku daje jak najlepsze widoki wyleczenia. Słuszności tego stanowiska dowodzi fakt, że należycie przeprowadzone naświetlania dają wyniki równie dobre, jak operacja. Dowodzi tego przytoczona przez Pankowa statystyka oparta na niemal równej ilości przypadków, przeciwstawiająca wyniki po operacji wynikom po naświetlaniu. Z porównania tego wynika, że kiedy w przypadkach operowanych pierwotna śmiertelność wynosi 15%, względne wyleczenie 34.5%, a wyleczenie bezwzględne 16.7%, to w przypadkach leczonych naświetlaniami odsetek pierwotnej śmiertelności wynosi 2,3%, względnego wyleczenia 32.1% a absolutnego 17.2%. Podnieść nadto należy, że ilość przypadków, nadających się do operacji, a więc korzystnych do leczenia wynosiła w grupie przypadków operowanych 45.6%, podczas gdy w przypadkach naświetlanych tylko 33.7%. Ta okoliczność przemawia bardzo poważnie na korzyść naświetlań. Ponadto jako bardzo ważny moment wyższości naświetlań nad operacją podnieść należy bardzo małą pierwotną śmiertelność, wynosi ona bowiem zaledwie nieco więcej niż 2%. Przyczyną jej bywają powikłania na tle zapalnem lub zakaźnem. Dzisiaj także w tym kierunku zaznacza się wyraźny postęp, odkąd umiemy lepiej uniknąć wspomnianych powikłań.

Z uwagi na ważność tych okoliczności w ocenie dodatnich i ujemnych stron danej metody należy jeszcze wspomnieć o jednej sprawie, a mianowicie, że statystyki przypadków naświetlanych a uznanych za nadające się do operacji, obejmują wszystkie przypadki, które klinicznie uznano jako takie. Statystyki operacyjne nie obejmują tych przypadków, które przed operacją uznano za nadające się do operacji, a które w czasie operacji musiano rozpoznać jako nienadające się do niej, a takie przypadki przecież się przydarzają i to nie tak rzadko, jak tego dowodzi np. statystyka Weibla, wykazująca odsetek takich przypadków na 10%.

Możemy więc bez żadnej przesady uznać, że obie metody leczenia, t. j. tak operacja, jak i naświetlania, w rękach doświadczonych terapeutów tak jednego, jak i drugiego kierunku, są równowartościowe. I tylko tacy terapeuci będą mogli uzyskać jeszcze lepsze wyniki leczenia raka macicy. Odnosi się to naturalnie jedynie do przypadków grupy I.

Co się tyczy naświetlań przedoperacyjnych, to dotychczas ilość tych przypadków jest stosunkowo nieznaczna. Np. Gosset nie miał wcale lepszych wyników trwałych, a, zdaniem Franza, naświetlania takie mają nawet być niekorzystne z powodu utrudnienia operacji wskutek stwardnienia tkanek i częstszych zakażeń. Inni wreszcie operatorowie uważają naświetlania te za wskazane, zwłaszcza w przypadkach zajęcia tkanki przymacicznej, a korzyści ich dopatrują się w tem, że nacieki wspomniane ustępują, a pole operacyjne się oczyszcza. Stwardnień żadnych operatorowie nie spotykali a przynajmniej nie takie, któreby mogły utrudniać wykonanie zabiegu radykalnego.

Widzimy więc, że co do wartości naświetlań przedoperacyjnych istnieje rozbieżność zapatrywań i to dość znaczna. Co jest przyczyną tejże, trudno stanowczo orzec. Domyślać się można, że tak różny stan tkanek, znajdywanych przez różnych autorów podczas zabiegu zależy od czasu, który upłynął od chwili naświetlań aż do wykonania zabiegu operacyjnego. Reakcja bowiem na naświetlania, jaka występuje nietylko w nowotworze ale i w tkankach sąsiednich, z biegiem czasu zmienia się. Operowanie w chwili, kiedy reakcja ta jest najsilniejsza, może być niekorzystne, bo wówczas warunki gojenia się rozległej rany są niepomyślne. Ponieważ zaś i stopień oddziaływania tkanek na naświetlania jest różny, gdyż, między innemi, zależy on od różnych właściwości tkanek, których bliżej nie umiemy ocenić, więc nic dziwnego, że trudno powiedzieć jaki czas po naświetlaniu jest najkorzystniejszy do operacji. Meyer z Tübingen jest gorącym zwolennikiem naświetlań przedoperacyjnych i sądzi, że zabieg po naświetlaniach jest daleko łatwiejszy.

W Klinice lwowskiej stosowaliśmy naświetlania przed operacją w przypadkach, w których przymacicza były zajęte. Nigdy atoli nie spotkaliśmy się w czasie operacji z większemi trudnościami.

owszem przeciwnie, nawet w tych przypadkach, w których zauważyć mogliśmy pewne stwardnienie tkanek, zabieg wydawał się być nieco ułatwiony z powodu wyraźnie mniejszego krwawienia. Stwardnienia tkanek były tem większe, im dłuższy czas upłynął od chwili naświetlań, nigdy atoli nie były one tak znaczne, aby zbytnio utrudniały zabieg. Jako najkorzystniejszy moment do operacji uważamy czas w kilka tygodni po naświetlaniach. Jest rzeczą zrozumiałą, że odpowiednio dobre wyniki po naświetlaniach możliwe są do osiągnięcia tylko wówczas, jeśli leczenie to może być należycie przeprowadzone, a więc dany zakład wyposażony jest we wszystko, czego leczenie to wymaga. W przeciwnym razie leczenie naświetlaniami nie może dać dobrych wyników a nawet takich, któreby wytrzymały porównanie z leczeniem operacyjnem a zwłaszcza z wynikami, jakie po operacji osiągnąć mogą operatorowie biegli. I tutaj nasuwa się znów ważna okoliczność przemawiająca za tem, iż leczenie naświetlaniami ma wielką przyszłość. Zdobycie wielkiej wprawy w operowaniu i opanowaniu techniki operacyjnej wymaga wiele czasu, niekiedy zależy od zdolności osobistej i nie każdy operator dojdzie do tej biegłości, aby mógł osiągnąć wyniki jak najlepsze, a nawet ci, którzy cel ten osiągną, nie zaprzeczą, że dochodzą do niego kosztem niejednokrotnie dość poważnych ofiar. Leczenie naświetlaniami wolne jest wprawdzie od tej strony ujemnej, niemniej jednak wymaga ono dużej znajomości i znakomitego opanowania nie zawsze łatwej i nie tak prostej techniki, o ile ma być prawdziwie skuteczne i owocne. Nie znamy bliżej biologji komórki rakowej. Wiemy, że różne rodzaje raków oddziaływują na działanie energji promiennej rozmaicie a co ważniejsza, że nawet ta sama komórka rakowa reaguje różnie na to działanie w rozmaitych okresach jej życia. Jest rzeczą wielkiej doniosłości poznanie powyższych właściwości komórki rakowej, gdyż od tego niewątpliwie zależeć będzie umiejętne stosowanie energji promiennej. Należy stwierdzić, że na tem polu jest jeszcze niezmiernie wiele do zrobienia. Praca w tym kierunku z łatwo zrozumiałych powodów połączona jest z wielkiemi trudnościami, lecz, w miarę pokonywania ich, możemy spodziewać się, że ten sposób leczenia raka macicy da nam jeszcze lepsze wyniki i znajdzie w leczeniu tego cierpienia daleko szersze zastosowanie, aniżeli zabieg operacyjny.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Doc. Dr. Henryk BECK. Warszawa.

W sprawie przyszywania macicy do powłok brzusznych [1]).

Z Kliniki Położniczo-Ginekologicznej Uniw. Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. Adam Czyżewicz.

W dążeniu do osiągnięcia jak najlepszych wyników w operacyjnem leczeniu przemieszczeń macicy wyłaniają się z głosów piśmiennictwa dwa zdania charakterystyczne. Pierwsze z nich to liczne wątpliwości, dotyczące możności uzyskania dobrych i trwałych wyników po śródotrzewnowem skróceniu więzadeł obłych w przypadkach tyłozgięcia macicy. Drugie zaś, to obawy o przebieg następnych ciąż po tak zwanej *ventrofixatio*, czyli przyszyciu samej macicy do powłok brzusznych. Z obu tych zdań wypływa pewna trudność w wyborze jednego z bardzo licznych sposobów operacyjnych, takiego sposobu, któryby łączył w sobie zalety trwałości wyniku operacyjnego wraz ze stworzeniem takich warunków anatomicznych, które nie przeszkadzają przebiegowi następnej ciąży i nie przemieszczają macicy, lecz pozostawiają ją w położeniu fizjologicznem.

W naszych rozważaniach operacyjnych idących po tej samej linji, uważamy przeto, że najbardziej celową operacją w przypadkach wolnego tyłozgięcia jest sposób Alquié-Alexander-Adams, wykonywany bez rozcinania kanału pachwinowego, w tych bowiem przypadkach przyciąga się trzon macicy zapomocą więzadeł obłych do przodu, przyczem przebieg więzadeł pozostaje fizjologiczny, a dno macicy pozostaje w małej miednicy w warunkach prawidłowych. Operacja ta w myśli swej ładna, w wykonaniu łatwa, posiada licznych przeciwników, stawiających jej szereg zarzutów, z których jeden dotyczący częstości nawrotów tyłozgięcia (Stoeckl 9.5 — 10.4%, Turco 20%, Szymanowicz i Piekarska 13%) wydaje się naszem zdaniem świadczyć o słabości i braku wytrzymałości — nadmiernie nieraz cienkich więzadeł obłych. Ta sama myśl budzi się podczas przeglądania wyników śródotrzewnowego skracania więzadeł, czyto sposobem Mengego, Baldy-Franquego, Wyllego, czy też Alfieriego i innych. To samo dotyczy umocowania więzadeł do powłok sposobem Dolérisa lub Olshausena. Już samo dokładne przyjrzenie się przebiegowi więzadeł obłych podczas operacji, nawet u kobiet, które nie rodziły, nasunąć musi poważne wątpliwości co do ich roli w warunkach prawidłowych. Więzadła te bowiem widzimy prawie stale zwiotczałe, w przebiegu swym falisto ułożone, bezwładnie leżące w miednicy małej. To pomarszczenie ich i tę bezwładność widzi się w otwartej jamie brzusznej i w ułożeniu chorej w pozycji Trendelenburga. W tych warunkach macica ciężarem swym opada ku tyłowi, powinna więc więzadła obłe napiąć. Tymczasem tak nie jest, stąd nasuwa się myśl, że w prawidłowych warunkach, poza ciążą, przodozgięcie macicy nie jest wyłącznie zależne od obecności więzadeł obłych, że więzadła te są dość wiotkie i rozciągliwe, że przeto skrócenie ich operacyjne choć najbardziej staranne nie uchroni nas od dość licznych nawrotów.

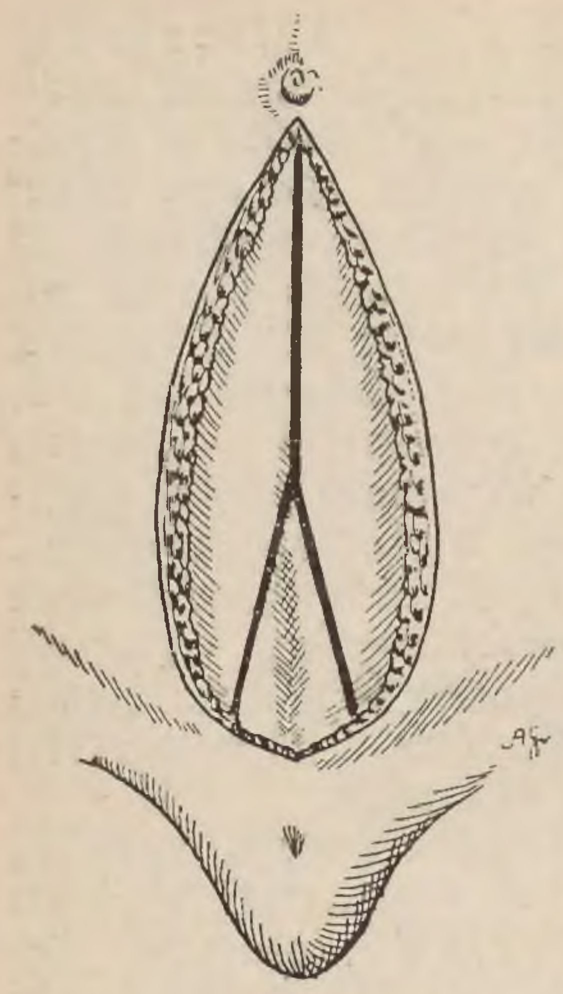
Nie było dla nas na tle tych rozważań żadną niespodzianką, że w ostatnich czasach Włosi (Romaniello), posiadający w swym dorobku dwie metody operacyjne: Alfieriego (naszycie więzadeł obłych na tylną powierzchnię macicy) i Pestalozza'y (naszycie odłuszczonego fałdu pęcherzowo-macicznego na tylną powierzchnię macicy) kombinują dla wzmocnienia wyniku operacyjnego obie te metody razem.

Idąc po drodze tych myśli, używaliśmy w ostatnich latach w Klinice, w przypadkach tyłozgięcia przyrośniętego, coraz częściej przyszycia dna macicy do powłok brzusznych sposobem Kochera u kobiet, u których zajście w ciążę jest wyłączone, przyszycia zaś przedniej ściany trzonu macicy u kobiet zdolnych do zapłodnienia. W myśl tych samych zasad zaczęliśmy stosować w przypadkach wypadnięcia macicy w późniejszym wieku operację podaną przez Kośmińskiego. Jednakże oba te sposoby operacyjne, podobnie jak każda *ventrofixatio uteri* — najbardziej może sposób Kośmińskiego i sposób Bumm'a — budziły w nas zastrzeżenia w sensie zbytniego przemieszczenia macicy, daleko odbiegającego od prawidłowego jej położenia. Rozumiemy przez to przedewszystkiem wyciąganie trzonu macicy z miednicy małej ponad płaszczyznę wchodu i przymocowanie jej do powłok brzusznych w odcinku między spojeniem łonowem a pępkiem. Uniesienie dna macicy ponad płaszczyznę wchodu pociąga za sobą skośne ustawienie trzonu macicy — a to od powłok brzusznych od przodu i góry ku tyłowi i dołowi. Nachylenie takie trzonu macicy jest niekorzystne wobec warunków statyki, panujących w jamie brzusznej, oraz w miednicy małej. Nie można bowiem pominąć w rozważaniu tej sprawy tak ważnego czynnika, jakiem jest ciśnienie śródbrzuszne, skierowane w normalnych warunkach przodozgięcia na macicę prostopadle do jej tylnej ściany. Z chwilą uniesienia trzonu macicy ku górze i skośnego jej umocowania, kierunek działania siły zmienia się wybitnie, rozkładając się w kierunku zbliżonym do prostopadłego w okolicy dna, a stycznym do tylnej ściany macicy. Takie skierowanie sił pociągnąć może za sobą spychanie dna macicy ku dołowi, przyczem nie można wykluczyć powstawania siły składowej, skierowanej ku tyłowi, a więc odsuwającej trzon macicy od powłok brzusznych i przemieszczającej go z tendencją do powrotu w tyłozgięcie. Przemieszczenie powyższe powstaje tak przy metodzie Kośmińskiego, jak i przy sposobie Bumm'a, Doléris'a, Gilliam'a, Olshausen'a, Leopold-Czernego, Polano'a, Ulrichs'a i innych.

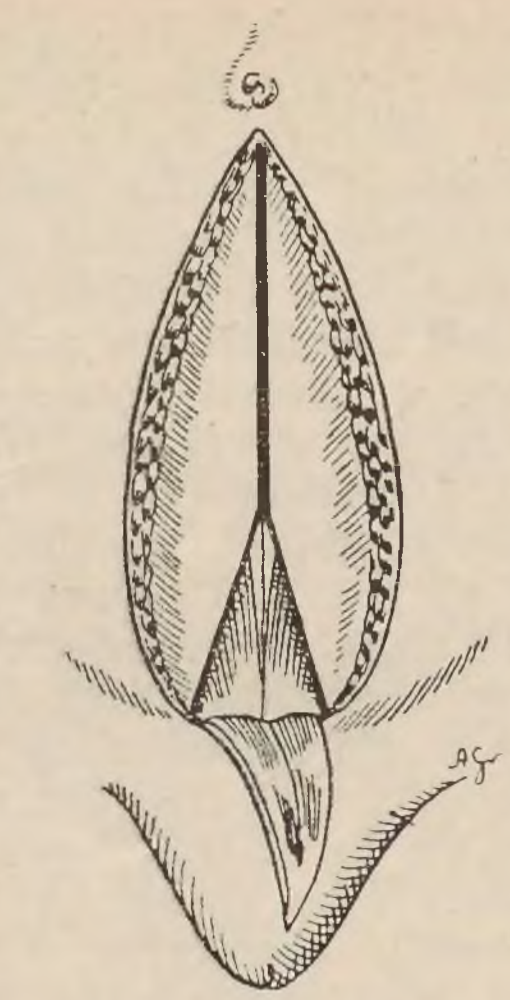
Te rozważania wstępne skłoniły mnie do opracowania metody operacyjnej, która nadawałaby się zarówno do naprawy przyrośniętego tyłozgięcia macicy w przypadku zbyt wiotkich lub słabych więzadeł obłych, polegała na mocnem przyszyciu trzonu do powłok brzusznych przy równoczesnem ominięciu przemieszczenia macicy poza obręb miednicy małej, jak również i do śródbrzusznego sposobu operacji wypadnięcia macicy. Obmyśliwany sposób musiał oczywiście uwzględnić możność późniejszego zajścia w ciążę operowanej pacjentki. Przedstawiany sposób wydaje mi się prostym i łatwym do wykonania. Polega on na wytworzeniu płatka powięziowego wraz z mięśniami stożkowatemi w pobliżu spojenia łonowego, oraz na przyszyciu tego płatka do trzonu macicy na tylnej ścianie — w przypadkach przewidywanej niepłodności — lub na przedniej ścianie — w przypadkach możliwości zajścia w ciążę. Techniczny zarys przebiegu operacji przedstawiają dołączone rysunki. Odsłonięcia rozścięgna mięśni prostych przez rozcięcia skóry i tkanki podskórnej w linji środkowej brzucha aż do krawędzi spojenia łonowego. Rozcięcie rozścięgna w linji środkowej z rozdwojeniem cięcia w dolnej jego części tak, by oba ramiona cięcia tworzyły wraz z krawędzią kości łonowych — jako podstawą — trójkąt równoramienny. (Rys. 1). Odpreparowanie płatka powięzi, zaczynając od wierzchołka wspomnianego trójkąta wraz z mięśniami stożkowatemi, a w razie ich braku z włóknami mięśni prostych. (Rys. 2). Po otwarciu jamy brzusznej w chwili odpowiedniej do wykonania aktu

---

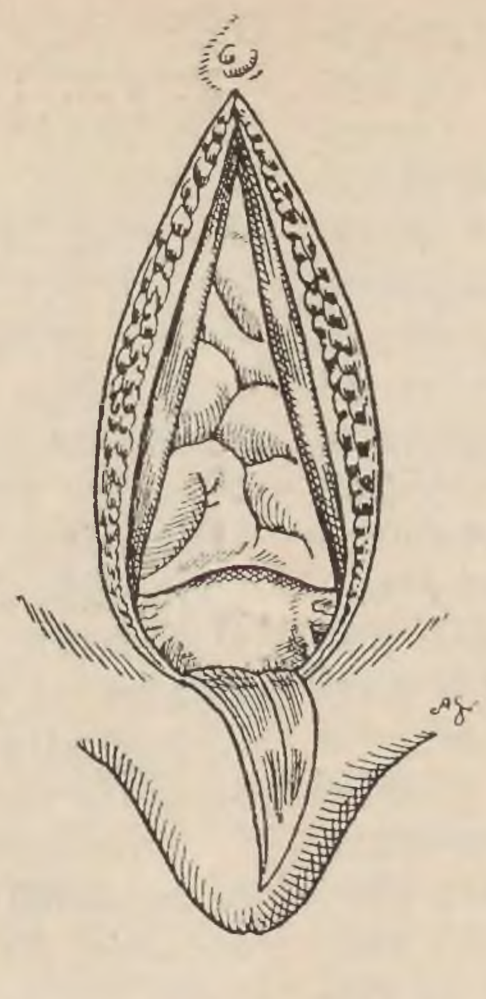
[1]) Odczyt wygłoszony dnia 27 października 1932 r. w Warsz. Tow. Ginekologicznem.



Rys. 1.



Rys. 2.



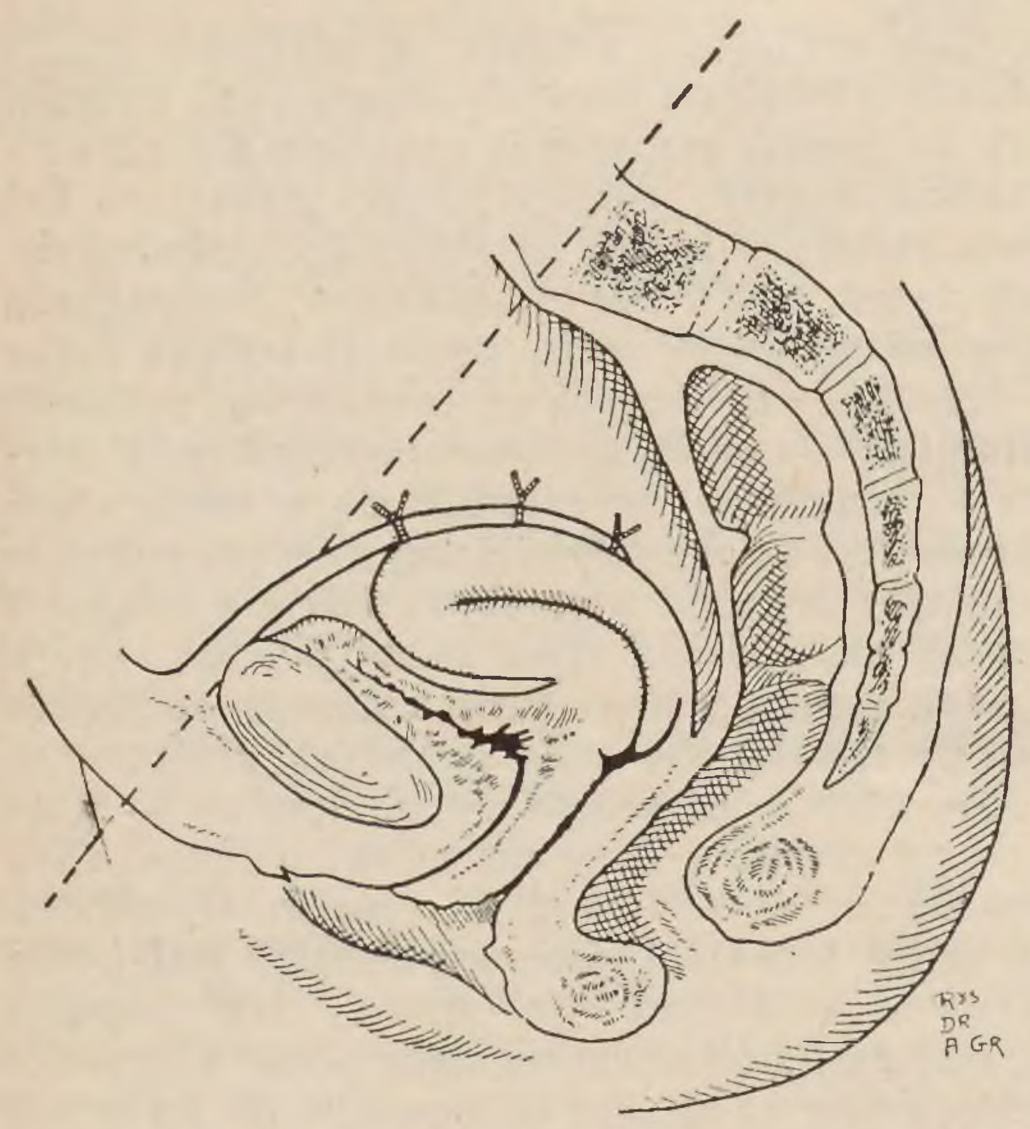
Rys. 3.



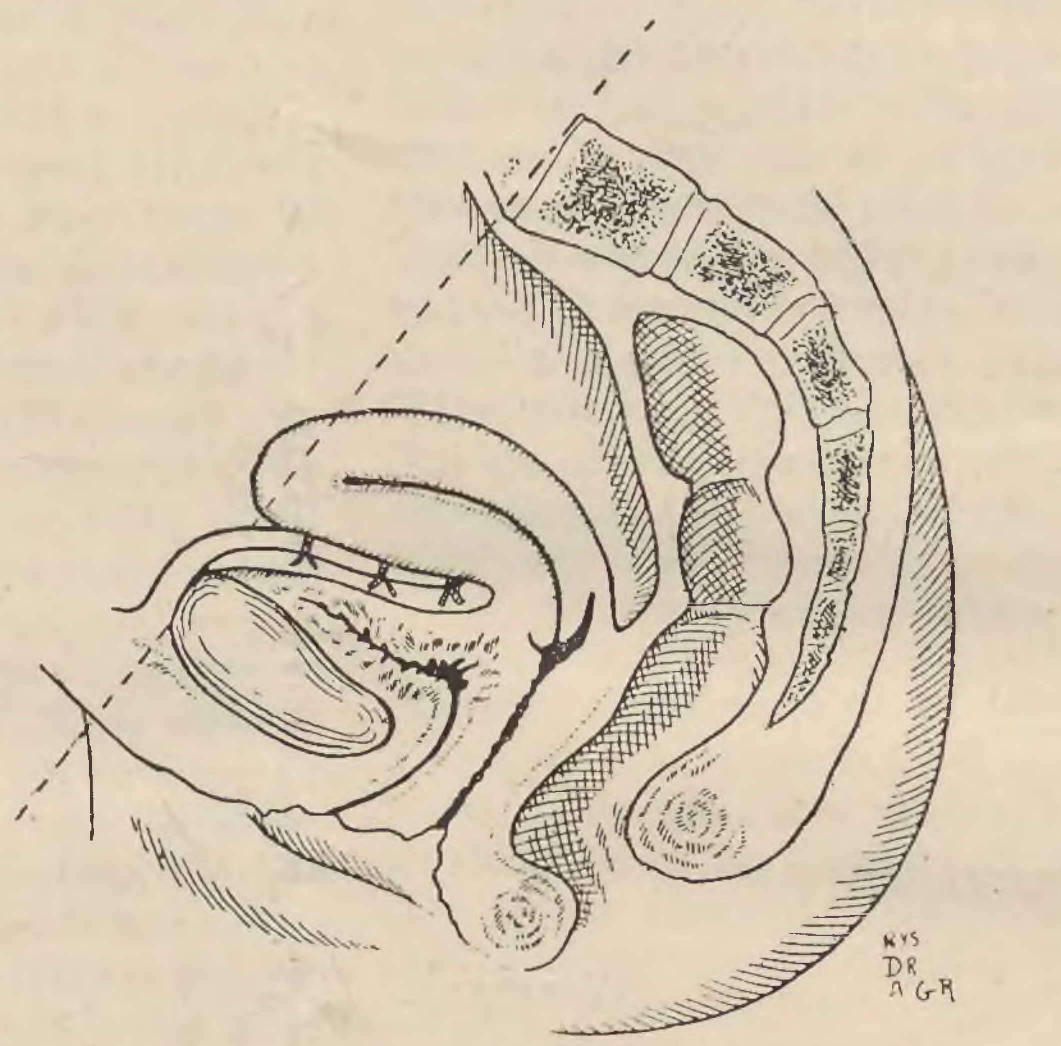
Rys. 4.



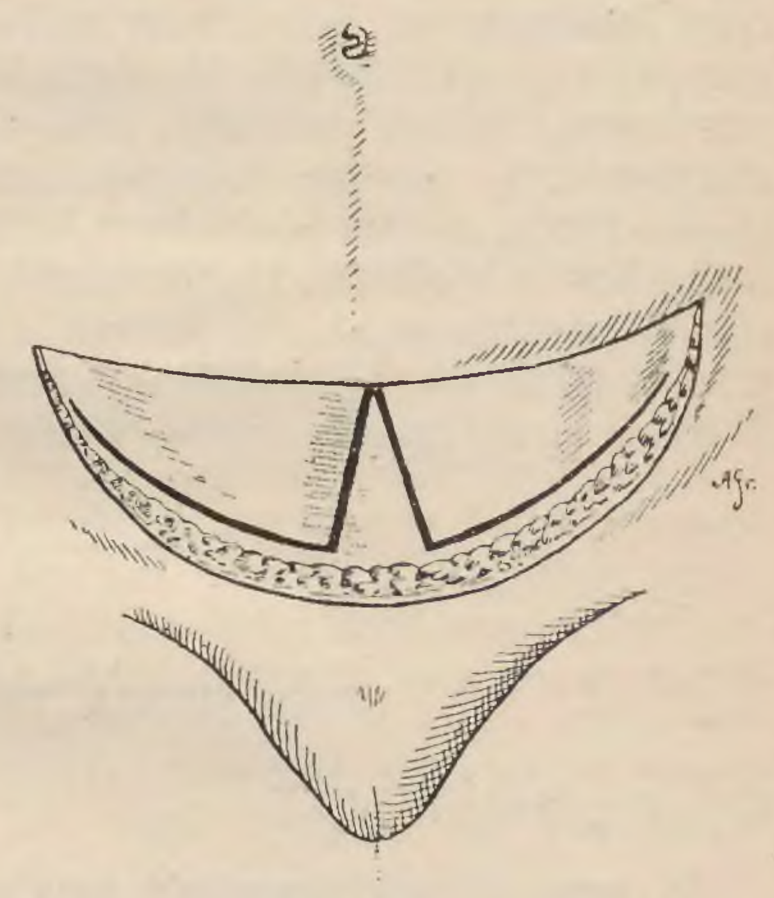
Rys. 5.



Rys. 6.



Rys. 7.



Rys. 8.

umocowania macicy — przyszycie płatka powięziowo - mięśniowego do przedniej lub tylnej ściany macicy przez nałożenie szwu pojedyńczego przez wierzchołek płatka i okolicę ujścia wewnętrznego na tylnej ścianie macicy, lub okolicę fałdu pęcherzowo-macicznego przedniej ściany macicy. Oba brzegi płatka przymocowujemy dwoma lub trzema szwami po obu jego krawędziach na ścianie macicy. (Rys. 3, 4, 5).

W ten sposób trójkątny płatek złożony z mocnego materjału (powięź i włókna mięśni) przylega dużą powierzchnią do ściany macicy, co uzasadnia przypuszczenie, że zrost oraz przymocowanie macicy do powłok będą mocne i trwałe. Przyszycie wspomnianego płatka do przedniej ściany trzonu z pozostawieniem wolnego dna — przyczem dobieranie długości płatka oraz miejsca przymocowania jego do macicy jest dowolne — wydaje się zapewniać swobodny wzrost macicy i podnoszenie się jej trzonu podczas ciąży. (Rys. 6). Równocześnie w tej chwili operacyjnej widać wyraźnie — co zresztą stwierdza się również badaniem w kilka dni po operacji — że zgięta do przodu macica dnem swojem nie przekracza płaszczyzny wchodu, lecz pozostaje w całości w miednicy małej w położeniu zbliżonem bardzo do fizjologicznego. (Rys. 7).

W dalszym ciągu przebiegu operacyjnego następuje zaszycie otrzewnej ściennej, przyczem szew ostatni, względnie zakończenie szwu ciągłego, przeprowadza się przez blaszkę otrzewnową, powierzchnię wciągniętego do brzucha płatka i drugi brzeg blaszki otrzewnowej. Następuje zaszycie rozcięgna mięśni prostych brzucha, przyczem brzegi tegoż w obrębie brakującego obecnie płatka dają się bez trudu zbliżyć, wreszcie zaszycie tkanki podskórnej oraz rany skóry.

Od 27 lipca b. r. wykonaliśmy tym sposobem w Klinice 14 operacyj, w tem jedną z powodu wypadnięcia macicy, wszystkie z wynikiem pierwotnym zadawalającym. Osiągnęliśmy we wszystkich przypadkach silne przodozgięcie macicy z pozostawieniem jej w miednicy małej bez względu na to, czy płatek naszywano na tylną czy przednią ścianę trzonu. W jednym przypadku otworzyłem jamę brzuszną zapomocą cięcia Pfannenstiel'a. Dla tego cięcia proponuję stworzenie płatka powięziowego według ostatniego rysunku. (Rys. 8). Jest rzeczą oczywistą, że z powodu krótkiego czasu istnienia tego sposobu brak nam zupełnie spostrzeżeń i oceny tak trwałości wyniku operacyjnego jak i zachowania się macicy w razie zajścia operowanej pacjentki w ciążę, to też niniejsze doniesienie uważać należy za tymczasowe.

Wiktor W. NOWIŃSKI. Berno (Szwajcarja).

O wpływie tymokrescyny i tyroksyny na wzrost.

Z Zakładu Fizjologji (Hallerianum) Uniwersytetu Berneńskiego
Dyrektor: Prof. Dr. L. Asher.

W roku 1930 otrzymali Asher i Nowiński (1) wyciąg z grasicy, działający podniecająco na wzrost zwierząt. Substancja ta, nazwana przez Ashera tymokrescyną, była wynikiem potrójnego procesu ekstrakcyjnego: acetonem, eterem i wodą, przyczem przechodziła w wyciąg wodny.

Dalsze badania nad oddzieleniem tymokrescyny, które przeprowadzał Stotzer (2), wykazały, że strąca się ona pod działaniem alkoholu 95%. Te wyniki Stotzera miałem sposobność potwierdzić, badając strąty alkoholowe różnych mocy, przyczem okazało się, że silniejszy strąt zawiera więcej substancji czynnej, aniżeli — słabszy (3).

Z drugiej strony zagadnieniem opracowywanem od szeregu lat, była kwestja stosunku tarczycy do grasicy. Tak więc Gudernatsch stwierdził już w roku 1912 (4), iż obydwa te narządy do-

krewne — jeśli chodzi o wzrost — zachowują się we wzajemnym stosunku antagonistycznym. Wyniki te potwierdził następnie Romeis (5), oraz Křiženecký wraz z współpracownikami w szeregu licznych i ważnych prac (6). Istnieją jednakże i badania, wykazujące, że narządy te wzajemnie się pobudzają, jak to naprzykład stwierdził Nakao (7) nad wpływem tarczycy i grasicy na organy krwiotwórcze (śledziona i szpik kostny).

Z tych więc względów było rzeczą ważną, aby zbadać zachowanie się otrzymanej przez Ashera i przeze mnie tymokrescyny w stosunku do wydzieliny gruczołu tarczykowego.

W badaniach moich użyłem tyroksyny, jako wyciągu z tarczycy, którą mi postawiła do dyspozycji firma Hoffmann-La Roche w Bazylei. Preparat tymokrescyny, w postaci opisanej przez Stotzera (8) dostarczyła mi firma *„Chemische Industrie in Basel,* (Ciba). Pragnąłbym i na tem miejscu obydwu firmom złożyć moje serdeczne podziękowanie.

Za wskaźnik wzajemnego oddziaływania tych dwóch substancyj przyjąłem wzrost. W pierwszej serji doświadczeń część zwierząt otrzymywała po 0,01 mg tyroksyny, część — po 40 mg tymokrescyny, wreszcie część — zarówno jedną jak i drugą substancję w powyżej wzmiankowanych dawkach. W wyniku tych doświadczeń otrzymałem wybitnie antagonistyczne zachowanie się obydwu substancyj.

W drugiej serji ilość wstrzykiwanej tymokrescyny pozostała niezmieniona, natomiast dawkę tyroksyny powiększyłem pięćdziesięciokrotnie, t. j. do 0,5 mg. W tej serji hamujące działanie tymokrescyny i tyroksyny uwidoczniło się jeszcze jaskrawiej, ponieważ zwierzęta, traktowane obydwiema substancjami rosły znacznie wolniej od zwierząt kontrolnych.

Nie chciałbym uogólniać wyników tych badań w stosunku do wzajemnego oddziaływania całych gruczołów, t. j. grasicy i tarczycy. Albowiem wiemy dzisiaj, że każdy gruczoł dokrewny produkuje szereg hormonów — wystarczy chyba wspomnieć wyniki badań nad przysadką mózgową lub nadnerczem; a jeśli chodzi o grasicę, to i ja miałem sposobność stwierdzenia, iż wytwarza ona co najmniej dwie substancje czynne (9), jest zatem rzeczą bardzo prawdopodobną, iż podczas gdy jeden rodzaj hormonu oddziaływuje na dany gruczoł hamująco — inny może nań działać pobudzająco. W ten sposób mielibyśmy proste wytłumaczenie wielu pozornie sprzecznych ze sobą wyników, jak to miało np. miejsce we wspomnianych badaniach Nakao.

W pracy niniejszej, mającej charakter doniesienia tymczasowego, niepodobna mi przytaczać zarówno szczegółowych wyników mych badań, jako też dyskusji. Praca oryginalna, poparta szeregiem protokółów i wykresów znajduje się w druku w *„Biochemische Zeitschrift"*.

Piśmiennictwo:

1) L. Asher und W. W. Nowiński: Klin. Wochenschr. 9, 986, 1930. — W. W. Nowiński: Biochem. Zeitschr., 226, 415, 1930. — 2) P. Stotzer: Biochem. Zeitschr. 234, 1, 1931. — 3) W. W. Nowiński: Biochem. Zeitschr. 249, 421, 1932. — 4) F. Gudernatsch: Zblt. f. Physiologie, 26, 7, 1912. — 5) B. Romeis: Arch. f. Entw.-Mech. 40, 571, 1915. — 6) Por. np. J. Křiženecký: Vestn. Král. Čes. Spol. Nauk. 2, 1, 1931. — 7) H. Nakao: Biochem. Zeitschr. 166, 337, 1925. — 8) P. Stotzer: op. cit. — 9) W. W. Nowiński: Endokrinologie, 11, 166, 1932.

Dr. Jerzy GRZĘDZIELSKI. Lwów.

Doświadczalne oderwanie siatkówki.

Z Kliniki okulistycznej Uniw. J. K. Dyrektor: Prof. Dr. A. Bednarski i z Zakładu Farmakologji doświadczalnej Uniw. J. K. Dyr.: Prof. Dr. W. Koskowski.

Doświadczalne oderwanie siatkówki wywoływano rozmaitemi sposobami, jak np. wprowadzaniem ciał obcych metalicznych do gałki (Leber 1882), wstrzykiwaniem do ciałka szklistego roztworu jodu (Wolff 1894) lub sublimatu (Bach 1894), przyczem powstają wybitne zmiany zapalne, prowadzące wskutek skurczenia ciałka szklistego do oderwania siatkówki. Drugim sposobem jest wypuszczanie większej ilości ciałka szklistego (Chodin 1875, Birch-Hirschfeld i Inouye 1909, Lobeck 1932). Do trzeciej grupy należałoby oderwanie siatkówki spowodowane wysiękiem z naczyniówki, wywołanym np. wstrzykiwaniem podspojówkowem kantarydyny (Boucheron 1883), podskórnem florydzyny (Best 1907), oraz przyżeganiem twardówki na większej przestrzeni (Wessely 1904, Weekers 1925, Yamane 1930). Ostatnio Mayer (1932) uzyskiwał oderwanie siatkówki przez mechaniczne oddzielenie siatkówki od naczyniówki; nie było to jednak typowe oderwanie siatkówki, gdyż nabłonek barwikowy był oddzielony od naczyniówki.

Wymienione tu postacie doświadczalnego oderwania siatkówki zbliżają się do klinicznych postaci urazowych, zapalnych, lub na tle wysiękowem (przy zapaleniu naczyniówki i sprawach nerkowych). Otwory w siatkówce, jakie tu spostrzegano, były raczej zjawiskiem wtórnem, a nie przyczyną oderwania. Niema więc w tem analogji z t. zw. samoistnem oderwaniem siatkówki u człowieka (przy krótkowzroczności i w starości), w którem jest brak wybitnych zmian klinicznych i anatomicznych, mogących odrazu wytłumaczyć przyczynę oderwania i w którem jest koniecznem zjawiskiem obecność otworu w siatkówce, oraz pewnych, nieznacznych wprawdzie, ale stałych zmian w ciałku szklistem. Te czynniki, według obecnych zapatrywań, są nieodzowne do powstania oderwania siatkówki. Dla potwierdzenia tego brakło jednak opracowania doświadczalnego.

Hagedoorn (1930) wytwarzał eksperymentalnie u królików otwory w siatkówce, wprowadzając przez otwór trepanacyjny w twardówce kanjulkę do ciałka szklistego, aż do siatkówki i wyciągając jej kawałek zapomocą aspiracji. Takie otwory jednak nigdy nie powodowały oderwania siatkówki. Salus (1931) robił nakłucia w twardówce zapomocą diatermji i w ten sposób uzyskiwał oderwanie siatkówki z otworami.

W naszych doświadczeniach nad wywoływaniem oderwania siatkówki wyszliśmy z założenia, że tylko wtedy otwór w siatkówce może być przyczyną oderwania, skoro pod nim znajduje się nienaruszona naczyniówka i nabłonek barwikowy. Początkowo próbowaliśmy przecinać siatkówkę od wewnątrz, zapomocą cienkiej igiełki pod kontrolą wziernika. Przytem jednak nigdy nie udało się uniknąć uszkodzenia naczyniówki, więc za wzorem Hagedoorna wypracowaliśmy metodę wyrywania kawałka siatkówki. Do tego celu sporządziliśmy rodzaj pipety szklanej, wyciągniętej na jednym końcu w cienką rurkę, ok. 2 mm zewnętrznej średnicy, oszlifowaną, przeznaczoną do wprowadzenia do gałki ocznej. Przeciwny koniec był połączony wężem gumowym z pompą wodną. W grubszej części pipety znajdował się boczny otwór tak, że ssanie na końcu pipety następowało dopiero w chwili zatkania go palcem i można je było w każdej chwili łatwo przerwać. Kanjulkę wprowadzaliśmy do gałki po nakłuciu twardówki przez spojówkę w okolicy równika, pod kontrolą wziernika, aż do dna oka po przeciwległej stronie wkłucia. Po zatkaniu otworu bocznego kanjulka wciągała strzępek tkanki i nieco krwi; wtedy przerywaliśmy aspirację. Dla ułatwienia zabiegu królik otrzymywał narkozę z uretanu, gałka oczna była nieco luksowaną przez chwycenie zapomocą dwóch peanów przyczepów mięśni [1]).

Wyciągnięty strzępek tkankowy był badany histologicznie na obecność utkania siatkówki.

Sam uraz operacyjny w przypadkach udanych był stosunkowo nieznaczny. Utrata ciałka szklistego była minimalna, gałka oczna zwykle już następnego dnia wracała do prawidłowego napięcia. Jako następstwa zabiegu widoczne były krwotoki na dnie oka i w ciałku szklistem, białe plamy jako wyraz uszkodzenia naczyniówki, oraz pasmowate zmętnienie ciałka szklistego w kanale wkłucia. Obserwując szczegółowo przypadki nieudane, t. j. gdzie badanie na siatkówkę wypadło ujemnie, lub nastąpił większy krwotok, utrata ciałka szklistego i t. d., można się było przekonać, że sam zabieg operacyjny, jako uraz, nigdy nie powodował oderwania siatkówki.

Otwór w siatkówce stawał się dopiero widoczny, gdy nastąpiło jej oderwanie. Wielkość otworu bywała bardzo znaczna, niejednokrotnie powierzchnia jego równała się całemu kwadrantowi dna oka. Natomiast wielkość uszkodzonego operacyjnie pola na dnie oka w stosunku do otworu była bardzo nieznaczna tak, że teoretyczny postulat o nienaruszonej naczyniówce pod otworem, który postawiliśmy na początku, można uważać za spełniony.

Mimo tak znacznej wielkości otworu, sama obecność jego nigdy nie prowadziła do oderwania siatkówki. Można je było uzyskać dopiero przez zastrzykiwanie wody do ciałka szklistego, w kilka dni po wytworzeniu otworu. W ten sposób, na 12 oczu z otworem w siatkówce i traktowanych wodą destylowaną, uzyskaliśmy 6 razy oderwanie siatkówki, stwierdzone wziernikiem, jeden raz początek oderwania, wykryty histologicznie.

Wodę do ciałka szklistego zastrzykiwaliśmy rozmaicie. Początkowo robiliśmy to poprostu, z pewną siłą, przyczem jednak

[1]) Do tego rodzaju doświadczeń najlepiej nadają się króliki-albinosy, gdyż u królików o ciemnej tęczówce przy zabiegu na gałce, mimo narkozy i atropiny, następuje silne zwężenie źrenicy.

pewna ilość płynu wychodziła zpowrotem pod spojówkę. Na 4 gałki traktowane w ten sposób otrzymaliśmy 3 razy oderwanie siatkówki, zjawiające się między 3 a 7 dniem po injekcji. Możnaby zarzucić, że zbyt duży uraz, wzgl. wypchanie ciałka szklistego nazewnątrz przez wodę przyczyniło się tu do oderwania siatkówki. Przeciw temu przemawia jednak stosunkowo późne zjawienie się oderwania, gdyż w doświadczeniach Birch-Hirschfelda oderwanie siatkówki występowało bezpośrednio po wyssaniu ciałka szklistego.

Aby ominąć ten zarzut, zmieniliśmy sposób zastrzykiwania wody do ciałka szklistego następująco: naprzód wkłuwaliśmy igiełkę z drucikiem w środku do przedniej komory, poczem dopiero igiełkę od strzykawki do twardówki; po wyjęciu drucika, przy wstrzykiwaniu wody, płyn z przedniej komory uchodził kroplami. W ten sposób dało się zastrzyknąć przeciętnie 0,4 cm^3 wody do ciałka szklistego. Przy tem postępowaniu oderwanie siatkówki było trudniejsze do uzyskania, mianowicie na troje oczu jedno oderwanie, między 2 a 9 dniem po injekcji.

Można też było spowodować oderwanie siatkówki postępując odwrotnie, t. j. zastrzykując wodę na kilka dni przed wytworzeniem otworu. Przy tym sposobie uzyskaliśmy na 4 przypadki raz pewne, wziernikowe oderwanie siatkówki (4—6 dnia), raz początek oderwania, dający się stwierdzić histologicznie. W jednym przypadku wystąpiło oderwanie siatkówki po 2-krotnem zastrzyknięciu wody, bez wyrwania siatkówki. Otwór w siatkówce mimo to był widoczny, możliwe więc, że powstał wskutek uszkodzenia siatkówki igiełką przy injekcji.

Na podstawie badania histologicznego uzyskujemy bliższe dane co do mechanizmu oderwania siatkówki, przyczem, obok otworu, główną rolę musimy przypisać zmianom w ciałku szklistem, powstałym wskutek działania wody. Przedstawiają się one na przekroju jako pola o różnej strukturze, zależnej od mniejszego lub większego stopnia rozpłynięcia ciałka szklistego. Normalne części mają strukturę włókienkową, o delikatnych równoległych włókienkach; partje mało zmienione przedstawiają się jako delikatna siateczka, więcej zmienione jako siatka o większych oczkach, której włókienka są ubrane drobnemi ziarenkami. Części zupełnie rozpłynięte występują jako masa drobno-ziarnista, o utraconej strukturze włókienkowej; zupełnie identyczny wygląd ma też płyn podsiatkówkowy. Wszystko to występuje bardzo wyraźnie, dzięki utrwaleniu w płynie Zenkera. W oczach, gdzie przyszło do oderwania siatkówki, przed otworem znajduje się masa zupełnie rozpłyniętego ciałka szklistego, która przechodzi bez żadnej granicy w płyn podsiatkówkowy. Można więc wyciągnąć wniosek, że przyczyną oderwania jest dostawanie się pod siatkówkę, przez otwór w niej rozpłyniętego wskutek injekcji wody ciałka szklistego.

Pod względem histologicznym nasze eksperymentalne oderwanie siatkówki zachowuje się identycznie jak idjopatyczne u ludzi: naczyniówka nie wykazuje uszkodzeń, poza operacyjnemi, nabłonek siatkówkowy pokrywa ją w całości, warstwa czopków i pręcików jest na zewnętrznej powierzchni wolna. Niema żadnych danych do przypuszczenia, by oderwanie siatkówki było następstwem jakichś zmian w ciałku szklistem, pociągających siatkówkę. W tych miejscach, gdzie nastąpiło uszkodzenie operacyjne (miejsce wkłucia i ssania), naczyniówka wpukla się wgłąb ciałka szklistego, siatkówka jest na brzegach tak silnie z nią złączona, że zaciera się granica między oboma błonami. Pasma tkankowe wychodzące stąd, gubią się w ciałku szklistem.

Badanie histologiczne gałek, w których nie przyszło do oderwania siatkówki, przyczynia się też do wyjaśnienia przyczyn oderwania, wzgl. jego braku. W jednym z takich przypadków otwór był stosunkowo mały, częściowo zatkany wciągniętą tkanką z naczyniówki, częściowo nierozpłyniętem ciałkiem szklistem. W innym przypadku nabłonek siatkówki wykazywał wybujałości komórkowe, zlepy z warstwą czopków i pręcików, co mogłoby przeciwdziałać oderwaniu siatkówki.

Piśmiennictwo:

Chodin: Centr. f. d. med. Wiss. 1875. — Boucheron: Compt. Rend. acad. sc. 1883. — Wolff: Gr. Arch. XL. 1894. — Bach: Gr. Arch. XLI. 1895. — Wessely: Ophth. Klinik 1904. — Best: Heidelberg 1907. — Birch-Hirschfeld i Inouye: Gr. Arch. LXX. 1909. — Weekers: Soc. fr. d'opht. 1925. — Hagedoorn: Kl. M. f. A. 87. 1930. — Yamane: Zentr. f. d. ges. Opht. 25. Salus: Kl. M. f. A. 87. 1931. — Mayer: Arch. of Opht. 1932. — Lobeck: D. Ophth. Ges. 1932.

PRACE ORYGINALNE.

Wacław LEWIŃSKI i Zbigniew ŁOMNICKI. Lwów.

Analiza statystyczna przypadków sekcyjnych raka według protokołów Instytutu Anatomji Patologicznej U. J. K. za lata 1901—1931.

(27968 sekcyj, 1721 raków).

Dokończenie.

Zawarty w tablicy IV błąd średni współczynnika Lexisa L^2 obliczono wedle wzoru:

$$\sigma^2(L^2) = \frac{2}{N} \qquad (6)$$

Z tablicy tej widać, że szereg naszych liczb w okresie wojennym posiada dyspersję wybitnie nadnormalną ($L = 2{,}040 \pm 0{,}535$). W przeciwieństwie do tego szeregi, odpowiadające okresom przedwojennemu i powojennemu, posiadają dyspersję podnormalną ($L = 0{,}670 \pm 0{,}392$ oraz $L = 0{,}854 \pm 0{,}426$), przyczem w okresie przedwojennym subnormalność ta jest zupełnie wyraźna, podczas gdy za okres powojenny jest ona obarczona dość znacznym błędem średnim. Stwierdzenie dyspersji podnormalnej dla tego szeregu jest o tyle interesujące, że szeregi statystyczne spotykane w praktyce, wykazują bardzo rzadko taką cechę [10]). Wiadomo bowiem, że zachodzi ona wtedy, gdy zjawisko przebiega wedle t. zw. schematu Poisson'a [11]). W naszym przypadku dyspersja podnormalna będzie wytłumaczona, jeśli założymy, że prawdopodobieństwo stwierdzenia raka nie zmienia się z biegiem czasu, a w obrębie każdego roku dadzą się wyróżnić pewne kategorje sekcjonowanych, stojące do siebie w stałym stosunku liczbowym; ponadto, że prawdopodobieństwo stwierdzenia raka w różnych kategorjach jest różne, lecz nie zmienia się w czasie. Tutaj właśnie zachodzi to, oczywiście, z pewnem przybliżeniem: sekcjonowani rozpadają się na kategorje wieków, przyczem prawdopodobieństwo stwierdzenia raka, jak wiadomo, zależy od wieku, zatem jest różne w różnych kategorjach. Natomiast rozkład sekcjonowanych na wieki nie ulega większym zmianom. Powyższe tłumaczenie zdaje dość dobrze sprawę z owego zjawiska dyspersji podnormalnej. Rozporządzając wyczerpującemi danemi statystycznemi co do rozkładu sekcjonowanych na wieki, co do prawdopodobieństwa stwierdzenia raka w każdej kategorji wiekowej, możnaby powyższe tłumaczenie potwierdzić rachunkowo.

Ponieważ współczynnik Lexisa dla okresu wojennego wykazuje dyspersję wybitnie nadnormalną, przeto wykluczymy ten okres przy wyrównaniu, wychodząc z założenia, że jest to materjał bardzo niejednorodny, że dość znaczne wahania obserwowane w tym okresie zależały nietylko od przypadku, lecz miały swoje źródło w zaburzeniach okresu wojennego, a przedewszystkiem w odmiennej selekcji materjału szpitalnego. Wskazuje na to także zmniejszona liczba sekcyj (w r. 1915 sekcyj 245 wobec przeciętnego tysiąca sekcyj rocznie w innych latach). Wobec powyższego wyrównamy oddzielnie okresy powojenny i przedwojenny.

Niech k oznacza rok bieżący, N liczbę lat badanego okresu, s_k liczbę sekcyj, m_k liczbę przypadków raka w danym roku, podobnie jak w tablicach poprzednich. Przez y_k oznaczmy *promille* przypadków raka w danym roku czyli liczbę $\frac{1000 m_k}{s_k}$, przez x_k odchylenie badanego roku od roku środkowego *k — 1907,* (ew. *k — 1926);* wszystkie te liczby zawarte są w kolumnach (1) — (5) tablicy V.

Przy wyrównaniu liczb y_k przyjmujących z roku na rok różne wartości, linją prostą według metody najmniejszych kwadratów [12]) chodzi o znalezienie takiej prostej $y = ax + b$, aby obliczone z powyższego wzoru dla każdego roku liczby $ax_k + b$ (przy $x_k = -6, -5, \ldots 0, \ldots +6$) różniły się łącznie możliwie mało od faktycznie przyjmowanych wartości y_k.

Przytem należy to rozumieć w ten sposób, że suma kwadratów odchyleń wartości wyrachowanych od wartości obserwowanych ma być możliwie mała. Jak wiadomo, w tym wypadku liczby a i b oblicza się z wzorów:

$$a = \frac{\Sigma x_k y_k}{\Sigma x_k^{\,2}} \qquad (7)$$

---

[10]) v. np. Charlier, j. w. str. 41.

[11]) v. np. Charlier, j. w. str. 30—34.

[12]) Patrz np. A. B. Danielewicz. Metoda najmniejszych kwadratów. Warszawa 1904; lub też J. Czekanowski: Zarys metod statystycznych w zastosowaniu do antropologji. Warszawa 1913.

Tablica IV.

1	2	3	4	5	6	7	8
Okres	N	1000 p	1000 p_0	$\frac{N}{N-1}$	$1000\left(\sum \frac{m_k}{s_k}\right)^2$	$\frac{1000}{N}\left(\sum \frac{m_k}{s_k}\right)^2$	$N \cdot (1000\sigma_0)^2$
1901–1914	13	56,502	56,508	1,083	539,637	41,511	429
1915–1920	7	65,876	69,447	1,167	236,322	33,760	1541
1921–1931	11	65,938	66,194	1,100	530,173	48,198	530
1901–1931	31	61,535	62,866	1,033	3798,055	122,518	3451

9	10	11	12	13	14	15	16
$(1000\sigma_0)^2$	$\frac{N}{N-1}(1000\sigma_0)^2$	1000(1–p)	1000 p(1–p)	$\frac{1000}{N}\sum \frac{1}{s_k}$	$(1000\sigma)^2$	L^2	$\frac{2}{N}$
33,000	35,739	943,498	53,310	1,000	53,310	0,670	0,1538
220,143	256,907	934,124	61,536	2,047	125,964	2,040	0,2857
48,182	53,000	934,062	61,590	1,008	62,083	0,854	0,1818
111,323	114,997	938,465	57,748	1,239	71,550	1,607	0,0645

(8) $$b = \frac{\Sigma y_k}{N}$$

Istotnie wówczas ma być $\Sigma(y_k - ax_k - b)^2 =$ minimum. Pociąga to za sobą konieczność spełnienia warunków

$$\Sigma(y_k - ax_k - b)\, x_k = 0$$

$$\Sigma(y_k - ax_k - b) = 0$$

skąd wobec $\Sigma x_k = 0$

wynika $\Sigma x_k y_k = a \Sigma x_k{}^2 \qquad \Sigma y_k = N \cdot b$

co prowadzi do wzorów (7) i (8).

Dla obliczenia błędu średniego liczb a i b zauważymy, że owe zmienne przypadkowe są funkcjami zmiennych przypadkowych y_k oraz liczb x_k niezależnych od przypadku. Mamy zatem:

$$\sigma^2(a) = \frac{\Sigma \sigma^2(y_k) \cdot x_k{}^2}{(\Sigma x_k{}^2)^2}, \text{ skąd wobec}$$

$$\sigma^2(y_k) = \sigma^2\left(\frac{1000\, m_k}{s_k}\right) = 1000^2 \cdot \frac{1}{s_k} \cdot \frac{m_k}{s_k} \cdot \left(1 - \frac{m_k}{s_k}\right) = \frac{y_k \cdot (1000 - y_k)}{s_k}$$

W rezultacie

(9) $$\sigma^2(a) = \frac{1}{(\Sigma x_k{}^2)^2} \cdot \sum \frac{x_k{}^2 y_k}{s_k} \cdot (1000 - y_k)$$

i podobnie

(10) $$\sigma^2(b) = \frac{1}{N^2} \sum \frac{y_k (1000 - y_k)}{s_k}$$

Jak widać z powyższych wzorów, do obliczenia ich prawych stron potrzebne są sumy następujące:

$$\Sigma x_k y_k, \quad \Sigma x_k{}^2, \quad \Sigma y_k,$$

$$\sum \frac{x_k{}^2\, y_k}{s_k}, \quad \sum \frac{x_k{}^2 \cdot y_k{}^2}{s_k}, \quad \sum \frac{y_k{}^2}{s_k}, \quad \sum \frac{y_k}{s_k};$$

wszystkie te sumy obliczono dla okresu 1901—1913 wedle schematu podanego w tablicy V, która ponadto zawiera wyniki obliczeń dla okresu 1921—1931.

Oznaczając przez a, b parametry prostej wyrównującej za okres 1901—1913, przez a', b' te same liczby za okres 1921—1931, otrzymujemy z wzorów (7), (8), (9), (10) dla pierwszego okresu:

$$a = -0{,}157 \qquad b = 56{,}508$$

$$\sigma(a) = 0{,}539 \qquad \sigma(b) = 2{,}025$$

Tablica V.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rok	x_k	s_k	m_k	y_k	$x_k \cdot y_k$	$x_k{}^2$	$x_k{}^2 \cdot y_k$	$\frac{x_k{}^2 \cdot y_k}{s_k}$	$\frac{x_k{}^2 \cdot y_k{}^2}{s_k}$	$\frac{1000 \cdot y_k}{s_k}$	$\frac{y_k{}^2}{s_k}$
1901	–6	944	60	63,56	–381,36	36	2288,16	2,424	154,069	67,310	4,278
2	–5	988	47	47,57	–237,85	25	1189,25	1,204	57,274	48,141	2,290
3	–4	977	50	51,18	–204,72	16	818,88	0,836	42,889	52,408	2,683
4	–3	1004	67	66,73	–200,19	9	600,57	0,598	39,905	66,463	4,431
5	–2	996	58	58,23	–116,46	4	232,92	0,234	13,626	58 463	3,405
6	–1	1018	64	62,87	– 62,87	1	62,87	0,062	3,898	61,738	3,882
7	0	964	52	53,94	0,00	0	0,00	0,000	0,000	55,936	3,018
8	1	998	50	50,10	50,10	1	50,10	0,050	2,505	50,200	2,515
9	2	1014	56	55,23	110,46	4	220,92	0,218	12,040	54,457	3,007
10	3	932	49	52,58	157,74	9	473,22	0,508	26,711	56,418	2,967
11	4	1028	60	58,37	233,48	16	933,92	0,908	53,000	56,794	3,315
12	5	1028	64	62,26	311,30	25	1556,50	1,514	94,262	60,579	3,771
13	6	1135	59	51,98	311,88	36	1871,28	1,649	85,715	45,794	2,380
Σ	—	13026	736	734,60	– 28,49	182		10,207	585,894	734,701	41,942
1921–1931 Σ	—	10980	724	728,13	– 124,88	110		7,412	487,551	736,459	48,468

a dla drugiego okresu

$a' = -1{,}135 \qquad b' = 66{,}194$

$\sigma(a') = 0{,}756 \qquad \sigma(b') = 2{,}383$

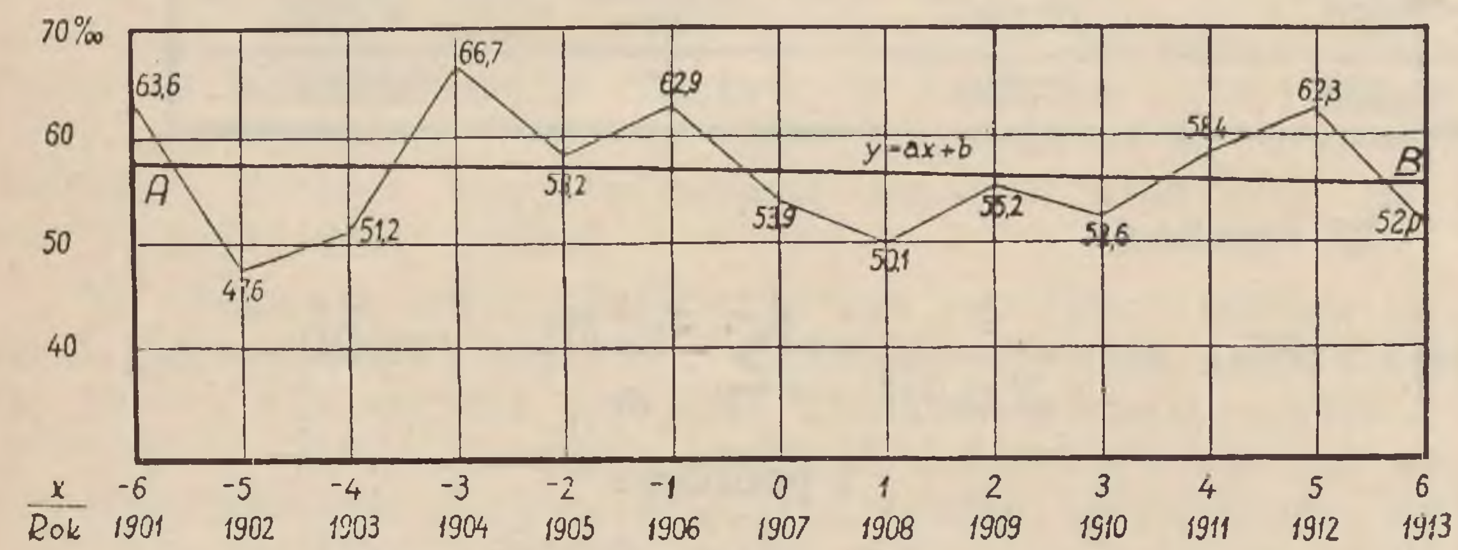
Równania odpowiednich prostych dane są zatem następującemi wzorami:

$$(AB): \quad y = 56{,}51 - 0{,}157\,x$$

$$(A'B'): \quad y = 66{,}19 - 1{,}135\,x$$

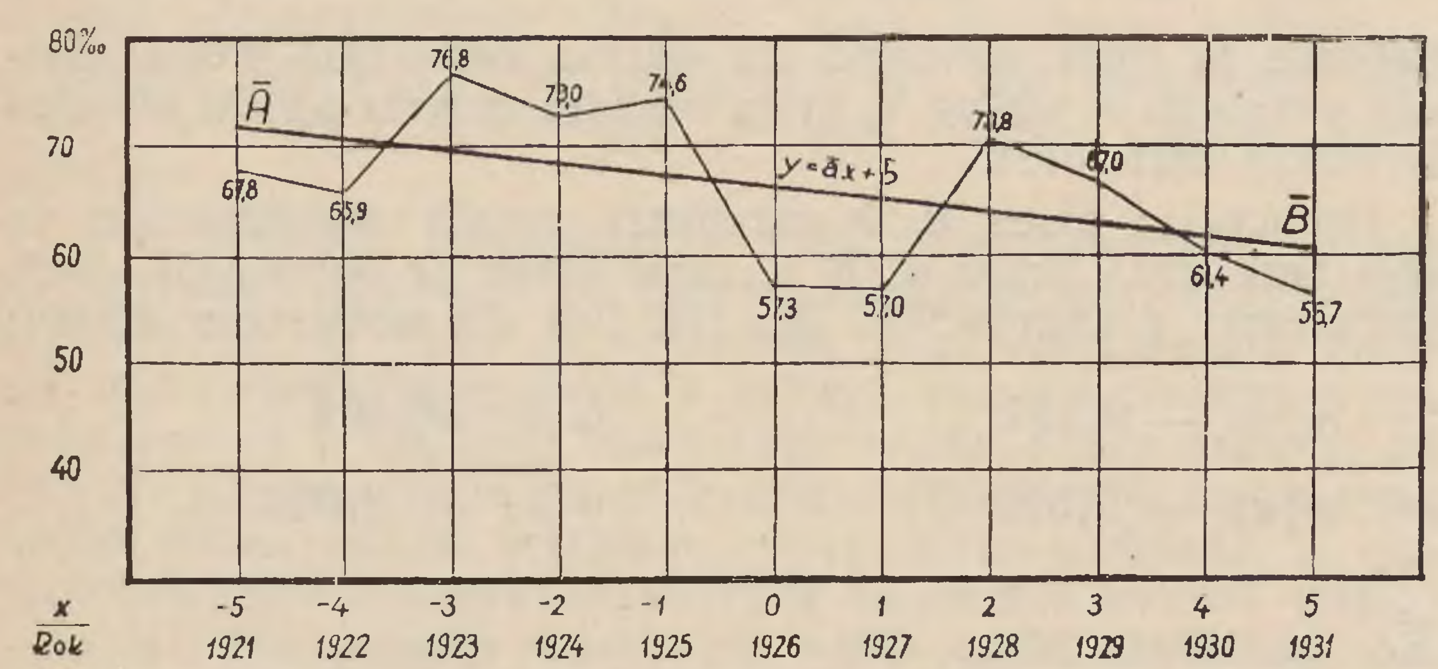
Z powyższych wzorów wynikałoby, że obie proste wyrównujące AB i A'B' posiadają ujemne współczynniki kierunkowe. Biorąc jednak pod uwagę, że liczba a jest obarczona znacznym błędem średnim, w którego granicach mieszczą się zarówno jej ujemne jak i dodatnie wartości, możemy praktycznie przyjąć, iż prosta AB (tabl. VI) jest równoległa do osi odciętych, czyli że odsetek raków sekcyjnych w okresie od 1901—1913 utrzymywał się na tym samym poziomie (tabl. VI).

Tablica VI.



Błąd średni liczby a', odpowiadającej okresowi powojennemu, jest wprawdzie dość znaczny, w stosunku jednak do samej liczby a' jest on dużo mniejszy tak, że w tym wypadku można wnosić, iż liczba a' jest ujemną; możemy więc wysnuć wniosek ogólny w tym sensie, że w okresie 1921—1931 nietylko nie można zauważyć wzrastania liczby przypadków sekcyjnych raka, przeciwnie, zaznacza się dążność do ich zmniejszania się. (tabl. VII).

Tablica VII.



Pozostaje jeszcze do omówienia liczba raków w okresie wojny. Okres ten, jak zaznaczyliśmy cechuje się wielką liczbą raków przy małej liczbie sekcyj; średnia arytmetyczna procentów raka w tym okresie wynosi 6.6%, podczas gdy w okresie przedwojennym odsetek ten wynosił 5.6%. Zjawisko wzrostu liczby przypadków raka w okresie wojny jest trudne do wytłumaczenia. Przedewszystkiem nasuwa się tu przypuszczenie, czy wzrost liczby raków nie jest związany z przesunięciem się średniego wieku sekcjonowanych.

Z uwagi na to uwzględniliśmy wiek średni sekcjonowanych dwóch okresów: przedwojennego (5,65% raków) oraz pięciolecia bezpośrednio powojennego, wykazującego znaczny odsetek raków (7.2%).

Tablica VIII. Wiek średni sekcjonowanych.

Lata	Mężczyźni	Kobiety
1901, 1904, 1907, 1910, 1913	33,2	31,9
1921, 1922, 1923 1924, 1025	33,3	31,4

Z tabeli wynika, że wiek średni sekcjonowanych prawie nie uległ zmianie; minimalne przesunięcie się, jakie tu zachodziło, nie może tłumaczyć znacznego zwiększenia się przypadków raka.

Wnioski, dotyczące częstości występowania raka na stole sekcyjnym Instytutu anatomji patologicznej U. J. K., są więc następujące:

1) w okresie przedwojennym liczba raków utrzymywała się na tym samym poziomie i stanowiła przeciętnie 5,65% ogólnej liczby sekcyj;

2) w okresie wojny nastąpił trudny do wytłumaczenia wzrost liczby raków. Wzrost ten, przypuszczalnie, nie zależy od przesunięcia się średniego wieku sekcjonowanych, gdyż wiek średni nie uległ zmianie;

3) w ciągu ostatnich 11 lat (1921—1931) zaznaczył się spadek liczby przypadków sekcyjnych raka, do poziomu przedwojennego (w r. 1931 odsetek raków od liczby sekcyj wynosił 5,67%).

* * *

Zmniejszenie się liczby przypadków sekcyjnych raka da się wytłumaczyć postępami w diagnostyce, technice chirurgicznej i wogóle w leczeniu. Wczesne rozpoznawanie zwiększa kontyngent przypadków, nadających się do radykalnego zabiegu operacyjnego, zmniejszając tem samem liczbę przypadków sekcyjnych. Przypuszczenie powyższe może być rozstrzygnięte przez porównanie materjału statystycznego oddziałów chirurgicznych z danemi sekcyjnemi.

Jasnem jest, iż zmniejszanie się liczby przypadków sekcyjnych nie upoważnia do wnioskowania o zmniejszaniu się zapadalności na raka.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Dr. Eugenjusz OSIŃSKI. Warszawa.

Kartka z historji rozwoju organizacji zawodu lekarskiego w b. zaborze rosyjskim w 1919 r.

Z okazji 25-lecia działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie.

Organizacje społeczne są — rzec można — widomym wykładnikiem kultury danego społeczeństwa, a porównaćby je można do narządów ustroju ludzkiego.

Jak w ustroju człowieka widzimy harmonijny podział czynności między poszczególnemi narządami, tak samo i społeczeństwo dla urządzenia rozmaitych dziedzin życia tworzy odrębne instytucje, których zharmonizowana, zmierzająca do nakreślonego celu praca znakomicie przyczynia się do prawidłowego rozwoju życia społeczeństwa.

To też potrzebę istnienia i dobrego funkcjonowania instytucyj społecznych rozumieją wszyscy uświadomieni obywatele kraju i swym udziałem popierają ich rozwój.

Lekarze polscy pod tym względem wyróżniali się zawsze korzystnie i szli w pierwszym szeregu społecznym, jako istotni kierownicy społeczeństwa.

Obok spełniania ciężkich obowiązków swego zawodu, t. j. niesienia ulgi chorym, lekarze znajdywali zawsze dość czasu i wykazywali dużo umiejętności w pracach na rozmaitych polach działalności: oświatowej, filantropijnej, gospodarczej, nawet naukowej nielekarskiej, umieli „z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe", jak mówi Asnyk, a na prowincji niejednokrotnie stanowili ośrodki krystalizacyjne polskości, że tytułem przykładu wymienię tylko kilka nazwisk zmarłych kolegów choć z jednego b. zaboru rosyjskiego: Wł. Biegańskiego (Częstochowa), Harusewicza (Ostrów Mazowiecka), Kędzierskiego (Serock), Zb. Paderewskiego (Zagłębie Dąbrowskie), Rutkowskiego (Płońsk), Troczewskiego (Kutno).

Tę ofiarną i płodną pracę lekarzy społeczeństwo oceniało należycie, wyczuwało doskonale swą duchową łączność z nimi i darzyło ich szczerem zaufaniem, głębokim szacunkiem i prawdziwem uznaniem.

* * *

W okresie utraty niepodległości wszelka akcja społeczna z konieczności przystosowywać się musiała do warunków politycznych danego zaboru. A więc w b. zaborze rosyjskim ogniskowała się przeważnie w instytucjach jedynie wówczas dozwolonych nauko-

wych, filantropijnych, spółdzielczych, sportowych i tylko w ramach owych instytucyj usiłowano podejmować i organizować sprawy o zakroju szerszym natury narodowej i politycznej. Dopiero z chwilą, gdy w ówczesnem państwie rosyjskiem wskutek przegranej wojny z Japonją despotyzm caratu uległ pewnemu rozluźnieniu i gdy przyszły pierwsze swobody konstytucyjne, wtedy zaczęły powstawać instytucje oświatowe, zawodowo-społeczne, polityczne. I dlatego to dopiero od r. 1905 w b. zaborze rosyjskim społeczeństwo mogło powołać do życia Polską Macierz Szkolną (15. V. 1905), Polskie Towarzystwo Krajoznawcze (9. XI. 1906) i wiele innych instytucyj.

Śród takich właśnie okoliczności polityczno-narodowych powstało i Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie (13. X. 1906 ukonstytuowanie się Zarządu).

* * *

Od nowopowstałej korporacji lekarskiej oczekiwano w świecie lekarskim wiele [1]), a oczekiwania te ziściły się z biegiem lat w całej pełni.

Bo też przyznać należy, że twórcy tej instytucji, nawiązując do chlubnej tradycji działalności patrjotów tej miary, co Chałubiński, Dietl, Marcinkowski, potrafili zarówno oprzeć ustawę Stowarzyszenia na mocnych podstawach ideologji narodowej, jak i skupić do współpracy co najprzedniejsze intelektualnie i moralnie siły lekarskie Warszawy, chodziło im bowiem nietylko o urządzenie zawodowego życia lekarskiego, ale również o obronę polskości, tudzież o umacnianie ducha i ideałów narodowych.

Na czoło zadań ustawa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich wysunęła sprawy zawodowo-społeczne, społeczne i towarzyskie, dokładnie określając w 18 punktach, co ma stanowić zakres działania instytucji, przyczem aż w 7 punktach jest mowa, w jaki sposób popierać należy naukowe potrzeby lekarzy [2]).

Tak szerokie uwzględnienie naukowej strony życia lekarskiego przez organizację zawodowo-społeczną staje się zrozumiałe, skoro uprzytomnimy sobie, że potrzeby naukowe lekarzy wprawdzie zaspakajały wówczas Towarzystwo Lekarskie Warszawskie i czasopisma lekarskie (Gazeta Lekarska, Medycyna, Kronika Lekarska), ale Uniwersytet Warszawski z ducha i z formy był rosyjski: miał profesorów Rosjan (Polacy stanowili w nim znikomy odsetek), a językiem wykładowym był język rosyjski, od klinik zaś i pracowni uniwersyteckich bardzo ważnych dla postępu wiedzy lekarskiej stronili Polacy lekarze a to tem bardziej, że siły profesorskie naogół były słabe.

Dla zaspokojenia i rozwoju stosunków towarzyskich miały służyć dla członków, ich rodzin i gości czytelnia z bibljoteką, zebrania towarzyskie, literackie, artystyczne, odczyty i t. p.

Ciałem kierowniczem, a zarazem reprezentacyjnem i administracyjnem jest według ustawy Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Zarząd, wyjątkowo ważne sprawy rozstrzyga zebranie ogólne. Środkiem porozumiewania się Zarządu ze Stowarzyszonymi są zebrania ogólne (zwyczajne i nadzwyczajne), dyskusyjne i odczytowe. Nie pominięto, rzecz prosta, strony etycznej życia lekarskiego, o czem świadczy utworzenie Sądu Koleżeńskiego i Komisji Wyborczej, jako organów samorządowych w łonie instytucji. Gdy Sąd pilnował utrzymania etyki lekarskiej wśród stowarzyszonych na właściwym poziomie wymagań, zadaniem Komisji Wyborczej był odpowiedni dobór nowych członków drogą wyborów tajnych. Specjalne komisje (stałe lub czasowe), wyłaniane przez Zarząd, były jego organami pomocniczemi do rozważania i opracowywania będących na dobie spraw. Przewidziano wreszcie utworzenie filij Stowarzyszenia celem rozciągnięcia wpływu organizacji na cały obszar ówczesnego zaboru rosyjskiego.

Program zatem działalności instytucji, jak widzimy, wypełniono bogatą treścią, obejmując wszelkie dziedziny życia lekarskiego i usiłując nadto utrzymać łączność w akcji społecznej z innemi instytucjami nielekarskiemi, również o ideologji narodowej. Mimo przeszkód ze strony zaborcy rosyjskiego pracowano z dużem natężeniem woli, planowo, systematycznie. A gdy władze rosyjskie zamknęły 2. VIII. 1910 r. Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, podając w motywach, między innemi, „używanie języka polskiego" w całej biurowości i „instancję Sądu", powstała wkrótce, bo 26. I. 1911 r., nowa instytucja „Warszawskie Stowarzyszenie Lekarzy", oczywiście, stanowiąca dalszy ciąg poprzedniej. Dopiero podczas okupacji niemieckiej w r. 1917 Stowarzyszenie Lekarzy Polskich wraca do pierwotnej swej nazwy i do pierwotnej swej ustawy i rozwija dalszą swą działalność w Polsce Niepodległej.

Nie tu miejsce na omawianie wyników działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Chodziło mi jedynie o zobrazowanie zasadniczego tła zorganizowanej akcji społeczno-lekarskiej w b. zaborze rosyjskim w okresie przed wojną i w przełomowych dla Polski latach 1918—1919.

Odzwierciedlenie działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich znajdujemy w drukowanych sprawozdaniach rocznych, całokształt zaś prac będzie wkrótce przedstawiony w specjalnym pamiętniku z powodu 25-lecia tej instytucji.

Wszelako godzi się tutaj stwierdzić, że plon prac i zabiegów Stowarzyszenia Lekarzy Polskich był wydajny; że pozyskało ono wpływ duży na kształtowanie się opinji lekarskiej polskiej, wpływ często przemożny; że wreszcie, będąc naówczas jedyną instytucją lekarską w b. zaborze rosyjskim o zakresie działania zawodowo-społecznym, siłą rzeczy normowało stosunki międzylekarskie w Warszawie, wciągając w orbitę swego wpływu lekarzy, idących luzem, i oddziaływało korzystnie na lekarzy całej ówczesnej dzielnicy b. zaboru rosyjskiego.

* * *

Zjednoczone dzielnice odrodzonej Polski, żyjące dotąd odrębnem życiem, przystosowanem do 3 obcych i wrogich państwowości, w zakresie spraw zawodu lekarskiego, jak i w innych dziedzinach wymagały co rychlejszego zbliżenia się i porozumienia lekarzy celem wytworzenia jednolitych podstaw organizacji zawodu lekarskiego w Polsce Niepodległej.

I oto Stowarzyszenie Lekarzy Polskich bierze inicjatywę w swe ręce w osobie swego Zarządu z Dr. Wł. Starkiewiczem na czele, wyłania Komitet organizacyjny pod przewodnictwem Dra J. Bączkiewicza i po przeprowadzeniu porozumienia ze sternikami społecznego życia lekarskiego w Krakowie, Lwowie, Poznaniu, Wilnie, Sosnowcu, Radomiu i w wielu innych większych miastach zwołuje do swej siedziby 28. IV. 1919 zjazd przedstawicieli zrzeszeń i stowarzyszeń lekarskich z całej Polski.

Po dwudniowych obradach pod sprężystem przewodnictwem prof. St. Ciechanowskiego, na podstawie głównych referatów o organizacji stanu lekarskiego w Polsce (Dr. Starkiewicz), o Izbach Lekarskich (Drzy Jaworski, Schoengut, Pomorski i prof. Ciechanowski), o ordynacji lekarskiej (inaczej „o lekarzach") (Dr. Papée), o syndykatach typu francuskiego (Dr. Przy-

[1]) Z danych, utrwalonych w druku, może świadczyć o tem — między innemi — początkowy ustęp programowej mowy, wygłoszonej w imieniu Zarządu na pierwszem zgromadzeniu ogólnem dn. 28. XI. 1906 przez Dra Teodora Dunina, pierwszego prezesa Stowarzyszenia Lekarzy Polskich: „Dzisiejszem posiedzeniem inaugurujemy — mówił on — Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Nowe to zrzeszenie, którego tak gorąco pragnęliśmy i od którego lekarze nasi tak wiele oczekują, czego dowodem choćby tak znaczna liczba członków, rozpoczyna swą pracę....". (O zadaniach Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Medycyna 1906. Nr. 49. Str. 929).

[2]) Jako przedmiot prac Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, które „ma tworzyć teren do omawiania i formułowania przez lekarzy swych potrzeb i życzeń" ustawa przewiduje:

1) w zakresie spraw społeczno-zawodowych: stanie na straży powagi i godności stanu lekarskiego; dążenie do utworzenia Izb Lekarskich Królestwa Polskiego; sprawa reorganizacji służby zdrowia i szpitalnictwa; przedstawianie Władzom projektów reform w sprawach lekarskich, higienicznych i policyjno-lekarskich; dążenie do utworzenia Rady Krajowej (Centralnej) Zdrowia Publicznego;

2) w zakresie spraw ściśle zawodowych: zakładanie, wspieranie lub reorganizacja kas lekarskich wzajemnej pomocy, pożyczkowych, posagowych, pogrzebowych, wsparcia i ubezpieczeń na wypadek choroby, niezdolności do pracy, starości lub śmierci; pośredniczenie w poszukiwaniu posad i lekarzy; opracowywanie projektów praw i obowiązków lekarzy fabrycznych, kolejowych, miejskich i wiejskich; obrona praw i interesów materjalnych lekarzy; pośredniczenie między lekarzami i Władzami: przedstawianie Władzom opinij i żądań lekarzy w sprawach lekarsko-sanitarnych oraz udzielanie odpowiedzi na zapytania Władz w tych sprawach;

3) w zakresie potrzeb naukowych: dopomaganie powstawaniu i rozwojowi szkolnictwa lekarskiego polskiego; organizowanie lub popieranie kursów dla lekarzy celem uzupełnienia ich wiadomości; urządzanie, popieranie czynne i organizacja zjazdów i wystaw lekarskich; udzielanie zapomóg na cele naukowe i kształcenia; zakładanie pracowni, muzeów, bibljotek i innych instytucyj naukowych, technicznych i leczniczych; wydawanie czasopism lekarskich lub dawanie inicjatywy do ich wydawania oraz przekształcenia; wydawanie dzieł lekarskich.

Takie bardzo dokładne wyszczególnienie w ustawie najważniejszych zadań niewątpliwie wynikało z konieczności dostosowania się do warunków politycznych i miało na celu możliwe uniknięcie ingerencji Władz zaborczych w działalności instytucji.

borski), o wolnych organizacjach lekarskich (Drzy Damski, Szulc, Kozerski), o Kasach Chorych (Drzy Karwowski, Stahr, Kohlberger), po ożywionej i wyczerpującej dyskusji Zjazd wypowiedział się w sprawie potrzeby szybkiego wydania ustawy o ordynacji lekarskiej; witając bardzo życzliwie ubezpieczenia społeczne dla szerokich kół ludności pracującej, domagał się szeregu zmian w ogłoszonym dekrecie o ubezpieczeniu społecznem; uznał potrzebę reorganizacji Głównej Rady Lekarskiej (Rady Zdrowia) przy Ministerstwie Zdrowia Publicznego; wreszcie uchwalił, aby prócz towarzystw naukowych i prócz organizacyj zawodowo-lekarskich typu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich powołać do życia Związek Lekarzy Państwa Polskiego, instytucję zawodowo-ekonomiczną, któraby objęła wszystkich lekarzy Państwa Polskiego i Izby Lekarskie wraz z Naczelną Izbą Lekarską, jako organizacje samorządne zawodu lekarskiego, oparte na ustawie państwowej.

Bodźcem wskazującym potrzebę powstania organizacji lekarskiej ekonomicznej, była zapowiedź utworzenia Kas Chorych w całem państwie, najgorętszymi zaś rzecznikami idei stworzenia takiej organizacji byli koledzy poznańscy.

Powołanie do życia Izb Lekarskich wypływało znowu z potrzeby dostosowania się b. zaboru rosyjskiego do dwu dzielnic innych: b. zaboru austrjackiego i pruskiego, mających oddawna izby lekarskie typu niemieckiego.

Na wniosek Dra A. Kozerskiego uznano też za celowe tworzenie organizacyj lekarskich o zadaniach narodowych [3]).

W sprawach wyżej uchwalonych Zjazd przekazał Delegacji Zjazdu (Komisji Tymczasowej) swój mandat występowania do Władz z memorjałami w imieniu ogółu lekarzy polskich. Skład Delegacji stanowili: Bączkiewicz, Jakowski, Pawłowicz, Radziwiłłowicz, Starkiewicz (Warszawa — Wydział Wykonawczy), S. Sterling (Łódź), Zieleniewski (Zagłębie Dąbrowskie), Biernacki (Lublin), Wrześniowski (Częstochowa), Papée (Lwów), Schoengut (Kraków), Damski (Kraków), Karwowski (Poznań), Szulc (Poznań), Kohlberger (Lwów).

* * *

Rzeczony zjazd przedstawicieli zrzeszeń i stowarzyszeń lekarskich z całej Polski w wynikach swych stanowi moment zwrotny i twórczy w organizacji zawodu lekarskiego całego państwa, gdyż wszystkie uchwały zjazdu już wcieliły się w czyn. Albowiem prócz organizacyj naukowych i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich, już przedtem istniejących, powstały w myśl uchwał Zjazdu: Związek Lekarzy Państwa Polskiego 2. X. 1919 r., Izby Lekarskie 2. IX. 1921 r. i Koło Lekarzy im. Karola Marcinkowskiego w 1922 r. w Warszawie, a nieco później w Łodzi, jako organizacja, krzewiąca etykę chrześcijańską śród lekarzy Polaków.

Życie tedy lekarskie polskie obecne, przynajmniej nurt jego główny, płynie łożyskiem, wytkniętem na owym pamiętnym zjeździe.

Tę kartę twórczej i płodnej współpracy kierowników opinji społecznej lekarskiej z całej Polski na Zjeździe w 1919 r., współpracy, nacechowanej myślą polską i duchem polskim, uważałem za pożądane odświeżyć w pamięci, a równocześnie uwydatnić rolę Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w dziele obecnej organizacji naszego zawodu.

---

3) O przebiegu i uchwałach obrad zjazdowych patrz: Jan Belkowski: Sprawozdanie ze zjazdu przedstawicieli zrzeszeń lekarskich w dn. 28 i 29 kwietnia 1919 r. Gazeta Lekarska 1919. Nr. 19. Str. 224 oraz akta zjazdu w archiwum Stowarzyszenia Lekarzy Polskich.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Szymon TENENBAUM. Piotrków.

Niedokrewność aplastyczna w przebiegu ciąży.

Z oddziału wewnętrznego Lecznicy Kasy Chorych w Piotrkowie.
Ordynator: Dr. Sz. Tenenbaum.

Anaemia aplastica sive aleukia haemorrhagica, jest w mniemaniu Franka jednostką chorobową *sui generis,* w której zachodzą daleko idace zmiany w szpiku kostnym — zanik szpiku *(panmyelophtysis).* Niedokrewność aplastyczna może być wyrażem uszkodzenia szpiku kostnego pochodzenia posocznicego, toksycznego i zatrucia benzolem, salwarsanem (Morawitz, Seyfarth, Naegeli, Selling); jest ona chorobą o niejednolitej etjologji.

Twierdzenie Franka, że każdej niedokrewności aplastycznej towarzyszy panmyeloftyza jest, jak dotychczas, sporne. Gerlach twierdzi, że wyłącznie na podstawie badania krwi nie można wyprowadzić pewnych wniosków co do stanu szpiku kostnego; panmyeloftyza jest rozpoznaniem anatomicznem, a nie klinicznem. Opisane są przypadki znacznej poprawy i wyleczenia tej niedokrewności. — Hegler notuje przypadek zupełnego wyleczenia niedokrewności aplastycznej w przewlekłem zatruciu benzolem po wycięciu śledziony. Tudyka stwierdził znaczną poprawę po zastosowaniu cielęcego świeżego i czerwonego szpiku kostnego. Friesz na podstawie badania mikroskopowego szpiku kostnego w niedokrewności aplastycznej nie stwierdził zaniku — panmyeloftyzy. Gerlach uważa, że mogą wystąpić objawy zahamowania czynności szpiku kostnego, zaburzenia, bliżej nieznane, w aparacie wypłókującym dojrzałe składniki szpiku do krwi. Niedokrewność omawiana jest nie zawsze wyrazem zaniku szpiku kostnego — panmyeloftyzy.

Przypadek jej w przebiegu ciąży, jako wynik zatrucia ciążowego zasługuje na uwagę, bo w dostępnem mi piśmiennictwie przypadki podobne nie były notowane.

(Nr. 314/32). Chora S. K. lat 35, zamężna (przybyła na oddział 7. VII. 1932 r.); troje dzieci żyje, jedno zmarło; jest w 9 miesiącu ciąży. Przed 12 laty przebyła promienicę prawej strony szczęki dolnej; podczas wojny chorowała na dur brzuszny. Choruje od 3-ch tygodni, gorączkuje, narzeka na bóle języka, wzmożone ślinienie, pokaszluje; od miesiąca spuchły nogi.

Chora wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywianie nieco upośledzone. Skóra i widoczne błony śluzowe blade. Na prawym policzku blizny po przebytej promienicy. Na prawej bocznej części języka powierzchowne, o kolorze szarawym owrzodzenia, bardzo bolesne. — *Foetor ex ore.*

Płuca — zaostrzenie szmerów oddechowych poniżej lewego kąta łopatki. — Serce — pierwszy nad koniuszkiem z podmuchem; pozostałe tony serca czyste; tętno 104, miarowe, miękkie. Jama brzuszna — wątroba macalna, o brzegu cienkim, tkliwa. Obrzęki stóp, podudzi i krzyża.

Pojedyńcze drobne wybroczynki na udach i podudziach.

Badanie ginekologiczne (Dr. Fidziański): ciąża X. m. ks. Położenie płodu prawidłowe; tętno płodu słyszalne; ruchy leniwe.

Morfologiczne badanie krwi (Inż. chemji Morgensztern): Hb — 24%; ilość czerwonych ciałek krwi w 1 mm^3 — 1,210.000; ilość białych — 2400. J = 1. Skład % białych ciałek: kwasochłonne — 1%, obojętnochłonne: pałeczkowate 8%, segment. 54%, monocyty i przejściowe 5%; limfocyty — 32%. Czas krwawienia 2,5 min.; czas krzepnięcia 9 minut. (8. VII. 1932 r.).

Badanie krwi z dnia 12. VII. Ilość białych ciałek krwi w 1 mm^3 — 3000; ilość płytek w 1 mm^3 — 72.000.

Badanie plwociny — prątków Kocha nie wykryto.

Odczyn WR (we krwi) — ujemny. Badanie kału na krew utajoną (próba benzydynowa) ujemne. Badanie kału na obecność jaj pasorzytniczych — z wynikiem ujemnym.

Badanie moczu: białka ślad; urobilinogen — znacznie zwiększony; leukocyty 2—5 w p. w.

Objaw opaskowy — ujemny.

Stany podgorączkowe. Najwyższa ciepłota 37,6°. Często powtarzające się krwawienia z nosa; gdzie niegdzie świeże drobne wybroczynki na kończynach górnych, dolnych i na tułowiu.

Uporczywe wymioty z domieszką krwi, które po zastosowaniu heterohemoterapji ustąpiły.

Dnia 19. VII. z powodu rozpoczynających się bólów porodowych została przeniesiona na oddział położniczy, gdzie w kilka godzin po urodzeniu nieżywego płodu zmarła.

(Z przyczyn od nas niezależnych chora nie mogła być sekcjonowana).

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. W. GABEL. Lwów.

Zwalczanie jaglicy w Polsce *).

Wybitne, łatwo dostrzegalne zmiany na spojówkach — względnie w wyglądzie całego oka — częstotliwość zachorowań, potęgująca się czasem do epidemji, szereg fatalnych komplikacyj, spowodowały, że jaglica jako jednostka chorobowa jest znaną od najdawniejszych czasów. Znajdujemy wzmiankę o niej w papyrusie

---

*) Wykład wygłoszony na IX. Międzynarodowym Kongresie Historji Medycyny w Bukareszcie.

Ebersa [1]) — znali ją lekarze greccy i arabscy — lekarze i kapłani egipscy — wspomina o niej Celsus, opisując ją jako chropowatość śluzówek z ropotokiem. Ściślej określa tę chorobę Paweł z Eginy — lekarz aleksandryjski z VII. wieku p. Chr., porównywując wygląd spojówki do miąższu figi.

W średniowieczu lekarze arabscy jak Humain - Alhasen odróżniają już kilka okresów w przebiegu jaglicy — lecząc ją nietylko miedzią ale i mięsieniem a nieraz i operacyjnie.

I w Polsce zaczynają lekarze zajmywać się tą chorobą, w zielnikach XVI i XVII wieku [2]) znajdujemy pierwsze mianownictwo polskie okulistyczne, a nazwa chropowatość powiek ma prawdopodobnie oznaczać jaglicę. Upadek kultury i lecznictwa w Polsce w XVIII. wieku, korzystanie z rozmaitych poradników domowych, spowodowały mniejsze zajęcie się tą chorobą przez lekarzy, choć niektóre dzielka popularne wskazują na to, że postępy okulistyki, czynione w innych krajach i w Polsce oddźwięk znalazły. Wiek XIX przynosi wcale pokaźny rozwój okulistyki. Choć okulistyka staje się przedmiotem wykładów na dwóch wszechnicach — Krakowskiej i Wileńskiej, jaglica nie wzbudza wielkiego zainteresowania. W dziele Jakóba Szymkiewicza wydanem w r. 1806 we Wilnie p. t. „Nauka chirurgji teoretycznej i praktycznej" — a była wówczas okulistyka wykładana bądźto z anatomją i fizjologją, bądź z weterynarją, dentystyką lub chirurgją — niema wzmianki o jaglicy, pomimo że ustęp traktujący o chorobach oczu zajmuje około 40 stron. Dopiero wojny napoleońskie sprowadziły znaczny przewrót w tym kierunku.

Podczas wyprawy Napoleona do Egiptu z 32.000 żołnierzy w r. 1798 [3]) pojawiła się epidemja ostrego zapalenia oczu — zwanego odtąd egipskiem zapaleniem oka *(Ophthalmia aegyptiaca, bellica, militaris)*. W krótkim czasie większość wojsk francuskich i angielskich uległa tej zarazie, a powracające do Europy zastępy rozniosły chorobę tę wśród ludności cywilnej. Występowała ona wtedy ze znaczną gwałtownością — w r. 1818 liczono w wojsku angielskiem 5000 ślepych inwalidów; w armji rosyjskiej zachorowało w latach 1816—1839 zwyż 70.000 żołnierzy. Równocześnie pojawiła się ona w garnizonie warszawskim [4]), wspomina o tem Boldt, przytaczając odnośną pracę rosyjskiego autora Tschetirkina.

Na dobre rozgościła się jednak choroba ta podczas walk rosyjsko-polskich w r. 1831. O epidemji tej mamy autentyczne wiadomości w pamiętnikach W. F. Szokalskiego [5]), sławnego późniejszego okulisty, który jako por. lekarz asystent brał udział w powstaniu listopadowem — a odznaczywszy się poświęceniem na polu bitwy pod Warszawą w Królikarni, został udekorowany złotym krzyżem *Virtuti militari*. „Z bolem serca — tak pisze Szokalski — wróciłem do moich codziennych zajęć, a na nieszczęście przybyło mi wiele roboty, gdyż w batalionach naszych w szopach rozlokowanych — wybuchnęła epidemja egipskiego zapalenia oczów, z powodu niewygody w pomieszczeniu, na które był wystawiony nasz żołnierz, mianowicie braku w nocy przykrycia w otwartych barakach, stłoczenia się, a najwięcej z powodu nieznośnego kurzu, pochodzącego od pyłu ze startej na proszek słomy".

„Co dzień przybywało nam chorych po kilkunastu, a żaden z nas lekarzy nie miał o chorobach oczu wyobrażenia". A teraz następuje opis zastosowanego leczenia i środków ochronnych. „Doniosłem o tem natychmiast memu ojczymowi (a był nim sztabs-lekarz Kowszewicz) prosząc go o radę, a gdym ją otrzymał, zaraz wedle niej postąpiłem. Szczęściem, że Rudnicki wyjednał sześć płóciennych namiotów, które kazałem rozbić w przyległym bastjonie i tam umieściłem osobno wszystkich moich chorych na oczy. Potem dostałem trzy beczki, które codziennie zimną — świeżą napełniałem wodą. Do każdej beczki dosypywałem po łyżce siarkanu cynku, a felczer, postawiony na straży pilnował, ażeby każdy chory co parę godzin przemywał sobie oczy. Na nieszczęście wielu oślepło, ale 3/4 całej liczby wyleczyło się. Serce mi się krajało na tę całą sprawę, bo ani wiedziałem co miałem pod ręką, ani co robię. Strzelałem a Bóg kule nosił. Nikt mi nie pomagał. Owszem, winę całą za oślepłych na mnie składano, zwłaszcza że ogromna potem była z nimi bieda. Nie można ich było odesłać do domów z powodu ogólnego w kraju zamieszania. W ten sposób rozpocząłem w kraju mój okulistyczny zawód".

Z biegiem czasu poczęły się pojedyncze państwa Europy interesować zwalczaniem chorób zakaźnych, a ciała ustawodawcze poczęły systematycznie wydawać zarządzenia mające przeciwdziałać szerzeniu się chorób zakaźnych. Na ziemiach polskich obowiązywały trzy odrębne ustawodawstwa sanitarne [6]): 1) w Poznańskiem pruska ustawa krajowa o zwalczaniu chorób zakaźnych, 2) w Galicji ustawa austrjacka, 3) w Królestwie wreszcie ułamkowe i dość chaotyczne przepisy i doraźne postanowienia rosyjskiej t. zw. ustawy lekarskiej.

Z natury rzeczy wynika, że choć podstawowo owe ustawy zgodnemi były — to jednak, a to w szczególności w sprawie zwalczania jaglicy — niejednolicie sprawę traktowały. To też po wskrzeszeniu Państwa Polskiego okazała się potrzeba stworzenia jednolitego ustawodawstwa sanitarnego. Już w r. 1919 Min. Zdrowia Publicznego przedłożyło Naczelnikowi Państwa dekret w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych. Tą ustawą została objęta i jaglica, którą zaliczono do grupy chorób zakaźnych, podlegających obowiązkowemu zgłoszeniu.

W r. 1921 Min. Zdrowia Publicznego wydaje Okólnik (Nr. 3681/186) (z lutego 1921) w sprawie organizacji walki z jaglicą, zwłaszcza wśród dzieci w sierocińskich i opiekuńczych zakładach, których liczba po wojnie znacznie wzrosła, a gdzie jaglica poczęła grasować. Ankieta przeprowadzona wykazała, że w 136 zakładach znajdowało się prawie 10% dzieci dotkniętych jaglicą. Planowa ogólna akcja zwalczania jaglicy poczęła się w r. 1924 [7]). Ustanowiwszy na konferencji profesorów okulistyki naszych uniwersytetów kryterja rozpoznawcze jaglicy, przyjęto na podstawie planu przedstawionego przez Dr. M. Zacherta — następujące punkty wytyczne dla organizacji walki z jaglicą:

1) Przeprowadzenie perjodycznych badań w zbiorowiskach zwartych a więc w zakładach opiekuńczych, szkołach i t. p. celem wykrywania chorych na jaglicę.

2) Zorganizowanie odpowiednich instytucyj leczniczych dla zamkniętego, dla półotwartego i dla ambulatoryjnego leczenia chorych.

3) Wyszkolenie lekarzy do prowadzenia tych zakładów.

4) Propaganda przeciwjaglicza.

Dokonany na tej podstawie pierwszy ogólny przegląd okulistyczny zakładów opiekuńczych w r. 1925/26 dał wprost nieoczekiwane i niepokojące wyniki. Z ogólnej liczby badanych okazało się, że zwyż 15% dzieci cierpi na jaglicę. Wobec tego zorganizowano prócz jednego istniejącego, jeszcze 5 zakładów leczniczych i 9 zakładów prowizorycznych tak, że w r. 1927 było 15 zakładów specjalnie przeznaczonych do jaglicy z 2000 łóżek.

Sprężyście, z nakładem wielkich trudów i pracy, energicznie i celowo prowadzona akcja — spowodowała, że przegląd drugi, dokonany w r. 1927/28 wykazuje jaglicę w 4.9% wypadków, podejrzenie w 2.3%, a trzeci przegląd w r. 1929/30 tylko 2.6% jaglicy, a 3.7% podejrzanych tak, że można mówić o bardzo wydatnym i korzystnym wyniku akcji.

Co do akcji zwalczania jaglicy w szkołach, to łączy się ona z ogólną akcją zwalczania jaglicy wśród ogółu ludności. Jeżeli jednak zwalczanie jaglicy w szkołach natrafiało na duże trudności, to zorganizowanie zwalczania jaglicy wśród ogółu ludności natrafiało na trudności, prawie nie do przezwyciężenia, ze względu na nieograniczony teren, i brak pomocniczej struktury organizacyjnej. Zorjentowawszy się ogólnikowo w natężeniu występowania jaglicy wśród ludności — stworzono w różnych miejscowościach przychodnie przeciwjaglicze, umożliwiając w ten sposób bezpłatne leczenie całej ludności. Naogół praca w tych przychodniach nastawiona jest na leczenie przedewszystkiem jaglicy prostej — niepowikłanej, a w szczególności początkowej — i prowadzenie akcji propagandowo-zapobiegawczej. Natomiast celem leczenia jaglicy powikłanej, ewentualnie celem wykonywania operacyj, których lekarz przychodni wykonywać nie może, stworzono dwa lotne oddziały oczne. Oddziały te, zorganizowane przez Polski Czerwony Krzyż przy pomocy Kliniki Okulistycznej we Wilnie i poparciu Dep. Służby Zdrowia, objeżdżają w ciągu trzech miesięcy letnich różne miejscowości na Wileńszczyźnie, terenie najbardziej zajagliczonym, i udzielają bezpłatnie porady oraz wykonywują zabiegi okulistyczne chorym ocznym, a zwłaszcza jaglicznym.

Jeśli zestawimy działalność przeciwjagliczą za czas 1925—30, to okazuje się, iż w tych trzech instytucjach t. j. w zakładach leczniczych, przychodniach i kolumnach, leczyło się prawie 100.000 osób chorych na jaglicę, a obserwując chęć leczenia się i tłumne zgłaszanie się o poradę ludności — wnioskować można, że w stosunkowo krótkim czasie osiągnie się równie korzystne wyniki jak w zakresie zwalczania jaglicy w zakładach opiekuńczych.

---

[1]) Prof. Reis: O rozpoznaniu różniczkowem jaglicy. Polska Gaz. Lek. 1926.

[2]) Melanowski: Krótki rys Historji okulistyki. Archiwum Hist. Medycyny. Tom VI.

[3]) Fuchs: Augenheilkunde.

[4]) Prof. Reis: O epidemji egipskiego zapalenia oczu. Polsk. Gaz. Lek. 1922.

[5]) Prof. Wrzosek: W. F. Szokalski. — Wspomnienia z przeszłości. Wilno 1921 r.

[6]) Zachert: Przyczynek do historji organizacji walki z jaglicą. Zdrowie 1929.

[7]) Dr. M. Zachert: Sześć lat kampanji przeciwjagliczej w Polsce. Trachomatologja 1931.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 22. r. 1932. J. Zubrzycki: Okresy przejściowe w życiu kobiety a hormony płciowe. — T. Nowak: O przymacicznych żylakach i żyłotętniaku. — J. Rosenbusch i T. Toczyski: Badanie wpływu wód krynickich na wydzielanie żółci. — E. Piasecka-Zeyland: Sprawdzenie wartości hodowli prątków gruźliczych ze krwi metodą Löwensteina.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 10. r. 1932. S. Jakubowski: Studja nad rozwojem podkowy na ziemiach polskich. — K. Szczudłowski: Przepuklina ciężarnej macicy i przenoszenie u krowy.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 11. r. 1932. K. Szczudłowski: Leczenie zapalenia ścięgien u koni. — S. Gajewski: Przeciwzakażeniowe i jałowe postępowanie w chirurgji weterynaryjnej.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 11. r. 1932. W. Lewiński: Destylacja izotermiczna amonjaku. — H. Frank-Pittowa: Dodatkowy płat żyły nieparzystej w obrazie rentgenowskim.

Wiadomości Weterynaryjne. Nr. 148. r. 1932. H. Perkowski: O działaniu trucizn na komórki wolnożyjące.

Lekarz Wojskowy. Nr. 11. r. 1932. S. Tubiasz: Wole endemiczne. — S. Wacek: Mignera oczna. — A. Malinowski: Przypadek nowotworowatości opon mózgu i rdzenia.

Młoda Matka. Nr. 23. r. 1932. P. Baumritter: Jak podawać tran? — J. Wiszniewski: Wytyczne odżywiania dzieci w wieku przedszkolnym w zimie. — T. Lewenfiszówna: O wartości kompotu.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 48. r. 1932. L. Endelman: Spostrzeżenia nad działaniem promieni Roentgena w gruźlicy przedniego odcinka oka. — S. Neumark: Przyczynek do poznania trzeciorzędnej kiły gruczołów chłonnych. — M. Zamenhof: Seksualizm wieku dziecięcego.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Effets éloignés du pneumothorax thérapeutique. L. de WECK. Str. 129, wyd. Masson et Cie, Paryż, 1932.

Autor przedstawia w jasny sposób trwałe wyniki stosowania odmy piersiowej w gruźlicy płuc, w przypadkach obserwowanych przez wiele lat, aż do 19-tu, od chwili zakończenia leczenia zapadowego. Rozważania swoje opiera Weck na wybranym materjale 51 przypadków, u których założono odmę piersiową w sanatorjum w Leysin. W pierwszej części swej książki zajmuje się autor sposobami wchłaniania się odmy piersiowej i jej zanikania. Ciekawe są opisy kliniczne wysięków poodmowych w okresie zaniechania dopełnień odmowych i samoistnych, oraz wytwarzania się zrostów międzyopłucnowych. Następnie zajmuje się omówieniem mechanizmu i zmian powstałych wskutek rozprężenia się płuca, jak przemieszczenia narządów klatki piersiowej, skrzywienia kręgosłupa, zapadnięcia się ścian klatki piersiowej, które jednak nigdy nie wywierają wybitnie szkodliwego wpływu na stan chorego.

W drugiej części są przedstawione właściwe wyniki lecznicze. Szereg obrazów rentgenologicznych płuc dowodzi niezbicie, że zmiany gruźlicze zwłaszcza świeże ulegają zupełnemu wygojeniu. Na podstawie samego zdjęcia rentgenowskiego jest rzeczą niemożliwą stwierdzenie, które płuco było chore. Jamy znikają również bez widocznego śladu. W przypadkach tych można mówić nawet o wygojeniu anatomicznem. U chorych młodych w wieku 15—30 lat osiągnięto wyleczenie w 80%, u starszych w nieco mniejszym. Godnym podkreślenia jest fakt szybkiego znikania prątków z plwociny po założeniu odmy. Wysięki w przebiegu leczenia występują w 41%. Wyniki lecznicze w tej grupie były nieco gorsze w porównaniu z przypadkami, w których wysięku nie było. Zaprzestanie dopełnień jest konieczne po kilku latach, ponieważ nietylko nie przynoszą one korzyści, ale mogą być szkodliwe, gdyż przy bardzo długo podtrzymywanych odmach mogą wystąpić wysięki ropne i krwawe oraz zupełna utrata elastyczności płuca. Odma powinna być podtrzymywana w przypadkach świeżych przynajmniej przez dwa lata, w starszych, przewlekłych przynajmniej przez 4—5 lat od chwili zniknięcia prątków z plwociny.

Wkońcu autor opisuje obraz kliniczny chorego w okresie zaprzestania dopełnień i po ukończeniu odmy piersiowej, oraz podkreśla wybitnie konieczność ścisłej obserwacji lekarskiej u chorych w tym okresie.

Książeczkę niniejszą, bardzo pożądaną w chwili, gdy leczenie zapadowe płuc jest uważane za podstawową metodę leczenia w gruźlicy płuc, przeczyta lekarz praktyk z wielkim pożytkiem, gdyż wyjaśnić mu może pewne wątpliwości i usunie ewentualne zastrzeżenia dla tej metody. Specjalista-ftizjolog zaczerpnie z niej wiele wskazówek praktycznych, które ułatwiają mu należyte zrozumienie szeregu objawów i doprowadzenie leczenia odmą w odpowiedniej chwili do końca. *S. Hornung* (Lwów).

Les extraits pancréatiques désinsulinés en thérapeutique. (Wyciągi trzustki, wolne od insuliny, w praktyce). R. GIROUX i N. KISTHINOS. Z przedmową prof. Vaqueza. Wydawnictwo Masson, Paryż, 1931, str. 126, cena 16 franków.

Trzustka zawiera obok insuliny również ciało, obniżające ciśnienie krwi. Zapomocą specjalnych doświadczeń udało się to ciało odosobnić i mierzyć. Substancja ta nie posiada peptonu, choliny, jako też histaminy. Działanie jej jest antagonistyczne w stosunku do adrenaliny, przyjąć należy również odżywczy wpływ tej substancji na tkankę ustroju. Substancja ta, znana pod mianem *Angioxyl*, stosowana jest w szeregu schorzeń, zwłaszcza narządu krążenia w postaci zastrzyków domięśniowych; w celu spotęgowania działania podaje się równocześnie proszek trzustkowy lub syrop angjoksylowy. W przypadkach anginy piersiowej spostrzeżono często zupełne ustąpienie bólów, w innych daleko idącą poprawę. Bóle ustają przeważnie już po 6 wstrzyknięciu, pomimo to należy w jednej serji stosować przynajmniej 20 wstrzyknięć, a w razie potrzeby serję powtórzyć. W przypadkach nadciśnienia oddziaływują najlepiej postacie samoistne oraz napadowe; również dobrze reagują przypadki nadciśnienia w okresie przekwitania. Jednak i przy wzmożonem ciśnieniu z innych przyczyn zawsze ulegają poprawie dolegliwości czynnościowe. Należy tylko w przypadkach, pozornie opornych, zwiększyć ilość wstrzykiwań i wielkość dawek do 60 jednostek dziennie; przetwór ten jest zupełnie nietrujący. Przy *endarteriitis obliterans* okazał się wyciąg ten trzustki doskonałym lekiem, nawet w przypadkach, w których inne sposoby leczenia zawiodły. Szereg dobrych wyników osiągnięto i w chorobie Raynauda oraz w przypadkach zakrzepu tętnicy siatkówki *(art. centralis retinae)*, dzięki leczeniu angjoksylem. Autorzy w krótkich rozdziałach omawiają leczenie udarów mózgowych, psychozy starczej, niedomogi serca w chorobie Basedowa, dolegliwości w okresie przekwitania, wrzodów trawiennych przewodu pokarmowego i wrzodów żylakowych. Podają szczegółowe opisy chorób. Monografję tę zamyka piśmiennictwo dość obfite, lecz niewyczerpujące, brak w niej bowiem szeregu prac niemieckich, nie mówiąc już o pracach słowiańskich, o których niema nawet wzmianki.

Monografja ta dobrze informuje czytelnika o pracach doświadczalnych i klinicznych, przeprowadzonych nad angjoksylem oraz o jego wartości praktycznej. Przeznaczona dla praktyków w zupełności spełnia swe zadanie. *Ungar* (Lwów).

Elektrokardiographie für die ärztliche Praxis. Prof. Dr. E. BODEN. *(XIV Band der Sammlung „Medizinische Praxis"*, wydawane przez Prof. Grotego, Frommego i Warnekrosa). XVI stron przedmowy i 161 str. z 91 ilustracjami. Wydawnictwo Theodor Steinkopff, 1932 (Drezno i Lipsk). Cena 13.50 RM.

Dzięki odkryciu galwanometru strunowego przez Einthovena oraz 25-letniej współpracy fizjologów i klinicystów rozwinęła się nauka o elektrokardjografji, umożliwiająca nam wgląd w najgłębsze tajniki spraw fizjologicznych i patologicznych, odgrywających się w sercu. Elektrokardjografja stała się obecnie nieodzowną metodą w pracy klinicznej. Pomimo poznania wartości elektrokardjografji, metoda ta nie przyjęła się jeszcze w praktyce lekarskiej. Dotychczas panuje w szerokim kole lekarzy mniemanie, że elektrokardjografja jest nauką ściśle teoretyczną bez praktycznego znaczenia, luksusowem zajęciem dla szukających nowych dróg klinicystów. Jakżeż mylnym jest ten pogląd. Przecież właśnie dzięki badaniom nowoczesnej elektrokardjografji wiadomości nasze o niemiarowościach serca rozszerzyły się i zyskały na znaczeniu praktycznem. Bardzo wiele przyczyniła się ona do rozpoznawania zaczopowania tętnic wieńcowych serca i ona wykazała też, jak częstem jest to schorzenie. Kto miał sposobność przeprowadzić badania elektrokardjograficzne na większym materjale, ten mógł się ze zdumieniem przekonać, ile ważnych przypadków wymyka się z rąk praktyka z powodu zaniedbania tej metody. Słusznie podkreśla Boden, że dzisiejszy lekarz dzięki znajomości elektrokardjografu nie ulęknie się niemiarowości oddechowej lub nie rozpozna trzepotania i migotania przedsionków. Przed erą elektrokardjograficzną badanie niemiarowości na powikłanych krzywych tętna wymagało wiele czasu i zręczności. Dzisiaj nowoczesny elektrokardjograf przedstawia lekarzowi w idealnie łatwy sposób i szybko zaburzenia czynności serca. Odczytywanie elektrokardjogramu wymaga

pewnego wyszkolenia, a przez częste zajmowanie się tą metodą w krótkim przeciągu czasu opanować i odróżnić można przynajmniej najgłówniejsze postacie niemiarowości serca. Badania lat ostatnich wykazały, że również pod prawidłową, miarową czynnością serca ukrywają się niekiedy niespodzianki, które odkrywa elektrokardjograf. Zdarza się, że nawet bardzo dobrze wyszkolony internista uzna serce za zupełnie zdrowe, a elektrokardjogram już na pierwszy rzut oka pozwala nam rozpoznać ciężkie uszkodzenie mięśnia sercowego; a jakże zdziwi się niekiedy lekarz, gdy elektrokardjogram odkryje przy prawidłowej czynności serca z 72 uderzeniami na minutę burzliwą czynność przedsionków o 300 skurczach na minutę?

Zdając sobie sprawę ze znaczenia elektrokardjografji dla praktycznego lekarza wydawnictwo *„Medizinische Praxis"* podjęło się wydania podręcznika, któryby w możliwie przystępny i jasny sposób przedstawił tę naukę. Autor tego podręcznika prof. Boden wywiązał się z tego zadania znakomicie. W 14 wykładach ujął autor nowy ten dział wiedzy lekarskiej w sposób łatwo zrozumiały, dostępny każdemu i bez wiadomości przedwstępnych. Po przeczytaniu tego tomu pilniejszy czytelnik nauczy się odczytywać mniej powikłane krzywe i zapozna się ze znaczeniem tej metody dla rozpoznania i leczenia pewnych poważnych chorób serca.

W pierwszej części książki omawia autor teoretyczne i doświadczalne zagadnienia elektrokardjografji, w drugiej praktyczne zastosowanie tej metody w połączeniu z klinicznem przedstawieniem niektórych wybranych przypadków. Autor przedstawia uszkodzenia przewodnictwa, zmiany położenia serca, wady serca oraz schorzenia mięśnia sercowego i naczyń wieńcowych łącznie z diagnostyką, rokowaniem i leczeniem. Nie uwzględnia autor tylko rzadkich postaci niemiarowości, by nie uszkodzić praktycznego nastawienia książki. Celem lepszego zrozumienia wykładów autor umieścił wiele doskonałych zdjęć elektrokardjogramów oraz anatomicznych, częściowo kolorowych, tablic, zaopatrzonych w wyczerpujące objaśnienia, umożliwiające dokładniejsze zapoznanie się z zasadami elektrokardjografji. Krzywe te nadają się, jako materjał porównawczy, doskonale dla mniej orjentujących się.

Elektrokardjografję Bodena polecić można gorąco każdemu lekarzowi, który chce się zapoznać z podstawowemi zasadami elektrokardjografji. Da ona początkującemu doskonałą podstawę, przedewszystkiem również do zrozumienia większych, więcej naukowo traktujących monografij z tej nowej, ostatnio tak dokładnie rozbudowanej metody rozpoznawczej.

Ungar (Lwów).

Próba leczenia plamicy Werlhofa fenylhydrazyną. JACOBSON. D. Med. Wochschr. Nr. 42, 1932.

W pewnych przypadakach choroby Werlhofa ilość płytek krwi po fenylhydrazynie wzrasta, w innych zaś mimo braku wzrostu płytek stwierdzał autor również korzystne działanie. Działanie fenylhydrazyny jest analogiczne do splenektomji, jako nader silny bodziec dla szpiku kostnego. *J. Eichel* (Lwów).

Działanie eufiliny w zaburzeniach oddechania pochodzenia ośrodkowego. A. VOGL. Med. Klinik. Nr. 1, 1932.

W stanach śpiączkowych przy zatruciu narkotykami, w cholemji, uremji i t. d., jak również w porażeniu oddechania przy narkozie, poleca autor zastrzyk dożylny eufiliny w ilości 0,48 g w 2 cm³ wody. Przy okresach bezdechowych jak np. przy oddechaniu Cheyne-Stokes'a, spowodowanem niedomogą sercową, czy podniesieniem ciśnienia wśródczaszkowego, zaleca zastrzyk 0,5 cm³ powyższego roztworu przed każdą pauzą oddechową. Przy duszności ośrodkowej, bez niedomogi krążenia podaje 0,24—0,48 g eufiliny w 10 cm³ 33% cukru gronowego lub we wodzie destylowanej, zaś przy towarzyszących objawach niedomogi krążenia w formie zastoju, poleca łączenie eufiliny ze środkami moczopędnemi rtęciowemi w formie zastrzyków dożylnych. W przypadkach *asthma cardiale*, tam gdzie nie działały środki narkotyczne, stosując eufilinę uzyskiwał pomyślne rezultaty.

Godłowski (Kraków).

Lecznicze działanie dużych dawek koraminy w zatruciach. W. H. CROHN Med. Klin. Nr. 4, 1932.

Przy zatruciach, zwłaszcza środkami nasennemi, dawki od 5 do 15 cm³ koraminy w zastrzyku dożylnym stają się zabiegiem ratującym często życie choremu. *Godłowski* (Kraków).

Przebieg i rokowanie w kile aorty. R. HIFT. Med. Klin. Nr. 4, 1932.

Ze względu na dolegliwości, z jakiemi chorzy na kiłę aorty zgłaszają się do lekarza, autor dzieli schorzenie na 4 grupy: 1) dolegliwości nerwicowo-sercowe oraz naczyniowo-ruchowe, 2) dolegliwości dusznicowe, 3) dolegliwości związane z początkiem niedomogi krążenia, 4) dolegliwości z niedomogi sercowej połączone z przypadłościami dusznicowemi. Leczenie swoiste zwykle w tych przypadkach dolegliwości te usuwa, zaś leczenie nieswoiste nie daje dobrych wyników. Leczenie jednak należy przeprowadzać bardzo ostrożnie. Wada zastawkowa rokowanie zawsze pogarsza. Kiła aorty u osobnika z szerokiemi pniami naczyniowemi daje lepszą prognozę, niż przy pniach naczyniowych wąskich. Wysokość ciśnienia krwi nie odgrywa większego znaczenia dla prognozy. Od chwili pierwszych dolegliwości, o ile chory się leczy, możemy przewidywać czas trwania życia ponad 4 lata.

Godłowski (Kraków).

O klinicznym przebiegu gruźlicy płuc u chorych z wadami serca. KRIŻEWSKIJ J. O. Doc. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 7. 1932.

Na podstawie obserwacji 71 przypadków gruźlicy płuc, przebiegających łącznie z wadami serca, autor potwierdza pogląd Rokitansky'ego, Bier'a i in., że najłagodniej przebiega gruźlica przy zwężeniu zastawki dwudzielnej. Dla wytłumaczenia tego zjawiska autor przytacza dane z piśmiennictwa. Np. Bier sądzi, iż zastoina w płucach sprzyja gromadzeniu się w tym narządzie w obfitej ilości przeciwciał. Inni zwracają uwagę na to, iż w związku z rozszerzeniem się najdrobniejszych naczyń, brak warunków sprzyjających do powstawania zatorów bakteryjnych, a tem samem do szerzenia się sprawy drogą krwi. Przy innych postaciach współistniejących wad sercowych przebieg gruźlicy naogół jest zły.

W. Lewiński (Lwów).

Odma otrzewnowa w przebiegu czerwonki. B. KRISS. Med. Klin. Nr. 2, 1932.

Opisuje przypadek odmy otrzewnowej w przebiegu czerwonki, bez makroskopowego uszkodzenia w ciągłości ściany jelitowej w miejscach owrzodzeń czerwonkowych. Przyjmuje, że gaz dostał się do jamy otrzewnowej z rozdętych pętel kiszki grubej przez mikroskopowo widoczne otworki w miejscach owrzodzeń jelitowych, drążących aż do mięśniówki jelitowej. Gaz znajdujący się w otrzewnej był bezwonny, jak to się spotyka w jelitach w przebiegu czerwonki. *Godłowski* (Kraków).

Leczenie posocznic, zapaleń opon mózgowych i ropniaków przy pomocy sztucznych abscesów. L. JAKOB. D. Med. Wchschr. r. 58. z. 2.

Na podstawie licznych opisanych przypadków niesłusznie zarzucono — zdaniem autora — starą metodę, polegającą na sztucznie wywołanem ropieniu zapomocą zastrzyku terpentyny. Wskazuje na szereg przypadków z ciężką posocznicą, *meningitis purulenta* i *empyema* (u osesków i małych dzieci), w których miejscowe ropne zapalenie prowadzi do szybszego wzmożenia zdolności obronnej ustroju i do mobilizacji wszystkich sił rezerwowych. Tą drogą udało się autorowi wyleczyć znaczną ilość przypadków, które opisuje w swej pracy. *Ungar* (Lwów).

Kliniczne znaczenie wykazania prątków gruźlicy we krwi. J. PAL. D. Med. Wchschr. r. 58, z. 3.

Metoda Loewensteina wywołała silny odgłos w pracach klinicznych. Szereg autorów dotychczas zapatruje się sceptycznie na wartość tej metody, inni na podstawie dodatnich wyników uważają ją za wartościową. Pal należy do tych ostatnich i stara się na podstawie swoich spostrzeżeń omówić wyniki. Materjał Pala wskazuje, że wszystkim przypadkom towarzyszyło ostre, gorączką powikłane zakażenie. Autorowi nasuwa się przypuszczenie, że zawsze chodziło o utajone sprawy gruźlicze, zaostrzone gorączką. Czy następowała generalizacja gruźlicy, czy też nie, trudno w poszczególnych przypadkach oznaczyć. Zależy to od czynników, które należą do zagadnienia odporności. Lecz i te wyniki uzyskane hodowlą Loewensteina wykazują jasno, w jakiej mierze euforja w utajonym gruźliczym ustroju może być zagrożona ostremi sprawami gorączkowemi. Autor opisuje dwa przypadki zupełnie bez gorączki przebiegające, w których przecież udało mu się wykazać obecność prątków gruźlicy we krwi (1) *arthritis deformans* i 2) *arthropathia + mesaortitis luetica).* Zagadnienie, w jaki sposób doszło w tych przypadkach do tuberkulobakterjemji, pozostawia autor nierozstrzygnięte. *Ungar* (Lwów).

Przypadek niedomogi przysadki mózgowej i otyłości. A. GOTTESMANN. Med. Klin. Nr. 1. 1932.

Po opisie przypadku dochodzi do wniosku, że schorzenia przemiany materji przed leczeniem hormonalnem należy dokładnie zanalizować hormonalnie, a nie stosować odrazu leczenia wielogruczołowego. Jako czynnik wspierający leczenie hormonalne uważa leczenie balneologiczne. *Godłowski* (Kraków).

Tyreotoksykoza u murzynów. HERRMANN. Surg., Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Stany nadczynności tarczycy nie są rzadkie u murzynów. Objawy te same, co u ras białych. Wstrząsy psychiczne grają wybitną rolę w wywoływaniu objawów. W leczeniu pooperacyjnem usunięcie tych szkodliwych czynników natury psychicznej odgrywa pierwszorzędną rolę. *Michałowski* (Lwów).

Cukrzyca w następstwie zapaleń woreczka żółciowego, trzustki i operowanych torbieli trzustki. SIMSCH. D. Med. Wochschr. Nr. 42. 1932.

Autor zwraca uwagę na częste występowanie cukrzycy nawet w dłuższy czas po przebyciu *cholecystitis*, a zwłaszcza *pancreatitis* na podłożu miażdżycowem. Opisuje własny przypadek cukrzycy w 12 lat po operacji wrzekomej torbieli trzustkowej.

J. Eichel (Lwów).

Cukrzyca a zużycie cukru. E. LESCHKE. Med. Klin. Nr. 5, 1932.

Autor statystycznie stwierdza, że we wszystkich krajach kulturalnych w okresie powojennym tak ilość przypadków, jak i śmiertelność cukrzycy wzrosła zupełnie niezależnie od przeciętnej ilości spożywanego cukru. Spadek ilości cukrzycy w czasie wojny odnosi nie do ograniczenia spożywania cukru, lecz ograniczenia wogóle wszystkich pokarmów. Zauważył również, że śmiertelność cukrzycy wzrosła u kobiet o 10—30%. Jako ważny moment pomnażania się przypadków cukrzycy, uważa silne wstrząsy nerwowe w związku ze stosunkami ekonomicznemi.

Godłowski (Kraków).

Leczenie niedokrwistości złośliwej preparatami wątrobowemi drogą pozajelitową. E. ESSENFELD. Med. Klin. Nr. 1, 1932.

Preparat wątrobowy *„Hepatopson"* w wstrzyknięciach domięśniowych działał w niedokrwistości złośliwej znacznie szybciej niż sama wątroba podawana doustnie tak, iż niekiedy zastępował konieczność przetaczania krwi. W przypadkach n. z. połączonych ze schorzeniem rdzenia, stosowany ów środek objawów schorzenia nie usuwał. Środek ten ma wielkie zastosowanie przedewszystkiem tam, gdzie chorzy nie mogą przyjmować wielkich ilości wątroby. *Godłowski* (Kraków).

O zachowawczem leczeniu kamieni nerkowych i moczowodowych. SACKI. D. Med. Wochschr. Nr. 42, 1932.

W szeregu przypadków po zastosowaniu preparatu *„Enatin"*, w skład którego wchodzą: *Ol. Terebinthinae, Ol. Juniperi, Ol. Menthae piper.* i olejek siarkowany, otrzymano znaczną poprawę, a nawet po odejściu kamieni zupełne wyleczenie.

J. Eichel (Lwów).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja.

Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile. L. OMBRÉDANNE. Masson. Paris 1932. Stron 1480, rysunków 1008, cena 140 fr.

Chirurgja dziecięca O. ukazała się w trzeciem wydaniu. Dzieło to zdobyło sobie zasłużoną sławę także u nas. Metody operacyjne O. zwłaszcza w zakresie chirurgji plastycznej wad rozwojowych narządu moczowo-płciowego znalazły uznanie wielu chirurgów. I. część dzieła obejmuje patologję ogólną. Po krótkich uwagach tyczących specjalnych warunków, w jakich kształtuje się zabieg operacyjny u dziecka, zajmuje się autor patologją ogólną systemu kostnego; omawia szeroko zaburzenia rozwojowe i schorzenia zakaźne: zapalenie szpiku, kiłę i gruźlicę. Część tę kończą nowotwory. Ustępy tyczące chirurgji urazowej może lepiej zmieściłyby się w 2 dużych rozdziałach omawiających chirurgję kończyn a umieszczonych na końcu dzieła. W części II. O. przechodzi poszczególne okolice ciała poświęcając dużo miejsca wadom rozwojowym, ich patologji, klinice i leczeniu. Ustępy te zazwyczaj pobieżnie traktowane w dziełach chirurgicznych, tu stanowią szkielet całej budowy. Wskutek tego znalazła się w dziele O. także cała ortopedja, oto-laryngologja, urologja i ginekologja wieku dziecięcego, które znikają dziś z wykładów chirurgji u dorosłych i tworzą osobne specjalności.

Autor wierny zapowiedzi w przedmowie podaje w zwięzłym a przecież wyczerpującym wykładzie tylko swój sposób widzenia i rezultaty swoich wieloletnich doświadczeń bez poruszania literatury przedmiotu. Wykład przeznaczony dla studjujących i praktyki jest też bardzo przystępny i jasny nie tracąc na wartości naukowej. Niejedna rzecz obarczona u innych autorów mnóstwem szczegółów i objaśnień, w których gubi się czasem czytelnik, staje się w wykładzie O. odrazu zrozumiała i bliska (np. leczenie wrodzonych zwichnięć biodra). Dużą pomoc stanowią doskonałe rysunki schematyczne i półschematyczne rozsiane obok fotografij i rentgenogramów obficie w całem dziele. W książce tej znajdzie łatwo każdy chirurg odpowiedź na niejedną wątpliwość nasuwającą się wobec kilkumiesięcznego czy kilkuletniego pacjenta, który nieraz wymaga pomocy zupełnie innej niż dorosły.

K. Czyżewski (Lwów).

Powikłania płucne po uśpieniu ogólnem. LYONS. Surg., Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Statystyka 6.619 przypadków narkozy inhalacyjnej, w których powikłania płucne wynosiły 0.95%. Operacje w dolnej części brzucha dawały największy procent powikłań (34%). Zabiegi w dolnych częściach brzucha 14.28%. Cystostomje i prostatektomje również 14.28%. Operacje nerkowe 7.93%, inne zaś 28.57%.

Michałowski (Lwów).

Awertyna w ginekologji. PETERSON i PIERCE. Surg., Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Autorowie uważają awertynę za środek bardzo zbliżony do idealnego środka nasennego ze względu na łagodne i stopniowe sprowadzanie głębokiego snu, brak silniejszych wymiotów i mdłości po operacji, dalej ze względu na wywoływaną amnezję i brak jakichkolwiek uszkodzeń organów wewnętrznych.

Michałowski (Lwów).

Wskazanie i technika ileostomji przy colit. chron. ulcer. BARGEN, BROWN, RANKIN. Surg., Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Dla oceny wartości ileostomji w przypadkach *colit. chron. ulcer.* autorowie zebrali 82 przypadków operowanych w klinice braci Mayo w latach od 1921 do 30. Zestawiają wszystkie metody konserwatywne stosowane przez ten okres. Autorowie stoją na stanowisku, że ileostomja może być stosowana tylko w przypadkach przewlekłych, gdzie wyczerpano wszystkie środki konserwatywne z leczeniem szczepionkami i surowicą włącznie. Przetoka powinna być założona definitywnie, zaś obwodowy odcinek tylko wtedy wypuszczany nazewnątrz, jeżeli w przebiegu dalszym kiszki grubej istnieje zwężenie, przez co odpływ wydzieliny z wyłączonej kiszki byłby niedostateczny. Inne zabiegi jak *apendikostomję, cekostomję,* względnie zespolenie jelita cienkiego z esicą uważają za niewłaściwe. *Michałowski* (Lwów).

Diagnostyka rentg. w zakresie miednicy. STEIN. Surg., Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Własna metoda autora polegająca na równoczesnem wprowadzeniu dla celów diagnostycznych gazu do jamy brzusznej *(pneumoperitoneum)* i uwidocznienia narządów rodnych kobiecych zapomocą wstrzyknięcia lipjodolu. *Michałowski* (Lwów).

Nowotwory najądrza. COLEMAN, MACKIE, SIMPSON. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Omówienie przypadku złośliwego potworniaka najądrza. Budowa nowotworu była zupełnie podobna do t. zw. *seminoma.* Stwierdzenie tej budowy z guza wychodzącego z najądrza podwala teorję, jakoby t. zw. *seminomata* pochodziły ze spermoblastów.

Michałowski (Lwów).

Nowotwory naczyniowe na kończynach. DE TAKATS. Surg. Gyn. and Obst. sierpień 1932.

Nowotwory naczyniowe na kończynach nie są prawdziwemi naczyniakami, lecz są wadami rozwojowemi. Różnica pomiędzy t. zw. *angioma simpl., cavernosum, racemosum, phlebectasia diffusa* i wrodzoną przetoką tętniczo-żylną *(arteriovenous fistula)* zależą tylko od okresu rozwojowego, w którym powstaje wada.

Michałowski (Lwów).

Zawęźlenie się pępowiny. W. G. ATWOOD. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Doniesienie dwóch przypadków i omówienie mechanizmu wytworzenia się węzła. *Michałowski* (Lwów).

Nowa metoda graficznego przedstawienia skurczów rodzącej macicy. S. UNGAR DODEK. Surg., Gyn. and Obst. lipiec 1932.

Podanie nowego przyrządu do t. zw. hysterografji zewnętrznej i badania nad wpływem pewnych leków na skurcze rodzącej macicy. *Michałowski* (Lwów).

Okulistyka.

Obrazy kliniczne jaglicy prostej i powikłanej. J. SZYMAŃSKI. Przegl. Trach. i Okul. Spol. R. II. 1932, Nr. 2.

Autor przedstawia podział kliniczny jaglicy, którą dzieli na trzy główne okresy *(Tr. initiale, evolutum, terminale)*, z poddziałami zależnemi od postaci klinicznych i powikłań. Duży nacisk

kładzie autor na podział na jaglicę suchą i sączącą, ze względów zapobiegawczych i leczniczych. Podział jest ilustrowany tablicą, składającą się z 20 trójbarwnych rysunków.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Jaglica a wychodźtwo. W. GABEL. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932, Nr. 1.

Przepisy sanitarne amerykańskie zasadniczo dopuszczają od roku 1925 do wstępu na ląd jaglicę bliznowatą, wyleczoną. Blizny muszą być „blade, gładkie i lśniące". Wszelkie nacieczenie dokoła blizn musi ustąpić. Jaglica czynna bezwzględnie nie jest dopuszczalna do lądowania, gdyż leczenie jej przekracza 4—5 tygodni. Najwięcej trudności można mieć z przypadkami nie jagliczemi wprawdzie, lecz które mogą być podejrzane o jaglicę, jak np. *conjunctivis follicularis* lub nieżyt spojówki z przerostem brodawkowym, dalej wszelkie ostre sprawy. Zmiany te przed emigracją winny być bezwzględnie wyleczone. Na kwestję t. zw. *epitarsus,* który czasem może imitować blizny jaglicze, lekarze amerykańscy zapatrują się liberalnie. *Dr. J .Grzędzielski* (Lwów).

Państwowa Kolumna dla zwalczania jaglicy w województwie wileńskiem. L. ROSTKOWSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932, Nr. 1.

Praca Kolumny polegała na objeżdżaniu poszczególnych miejscowości, zatrzymywaniu się w nich na kilka tygodni, przyjmowaniu, udzielaniu porad, leczeniu i operowaniu wszystkich chorych ocznych. Równocześnie starano się o dokształcenie lekarzy w kierunku rozpoznawania i leczenia jaglicy, oraz prowadzono szeroką akcję statystyczną, organizacyjną i propagandową.

W części naukowej sprawozdania autor podaje swoje wnioski co do częstości jaglicy i powikłań zależnie od rasy, płci, wieku, oraz uwagi co do metod leczniczych.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Kilka uwag w sprawie leczenia jaglicy niepowikłanej. ST. KOŁOSOWSKI. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932, Nr. 2.

Odwracanie powiek na odwracadle ma ważne znaczenie lecznicze przez wywoływanie biernego przekrwienia i rozciąganie blizn. Zapobiega się w ten sposób zgrubieniu spojówki wskutek zbliznowacenia. Na odwracadle autor wyciska ziarenka zapomocą pałeczki szklanej, następnie masuje powiekę przez dwa płatki gazy, zamoczone w płynie antyseptycznym.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

O operacyjnem leczeniu łuszczki jagliczej sposobem Deniga. B. PINES. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932, Nr. 2.

Autor uważa przeszczepienie śluzówki z wargi za najlepszy sposób leczenia łuszczki jagliczej. Należy tylko postępować według pewnych wskazań i wybrać odpowiedni moment dla zabiegu. Najlepsze wyniki daje operacja Deniga w chwili, gdy spojówka powiekowa jest w okresie zabliźniania i dostatecznie gładka. Należy przedtem usunąć objawy zapalne, ewentualnie wyłuszczyć tarczkę, zoperować fałszywy wzrost rzęs. Powinno się dokładnie wyciąć schorzałą spojówkę gałkową, wraz z tkanką podśluzową i nadtwardówkową. Autor rozporządza (wspólnie z L. Pinesem) materjałem przeszło 400 przypadków; niepomyślne wyniki były tylko w mniej jak 10% przypadków.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Operacje plastyczne w bliznowatem odwinięciu powiek w świetle danych Kliniki Ocznej Uniwersytetu Warszawskiego. J. NEUMAN. Przegl. Trach. i Okul. Społ. R. II. 1932, Nr. 1.

Przy małego stopnia odwinięciu powiek posługiwano się metoda przesuwania płatków skórnych (Wharton-Jones lub Melanowski). Większe ubytki pokrywano płatem uszypułowanym Frikke'go; metoda ta nie daje jednak dobrych wyników kosmetycznych, chyba że możnaby się posłużyć płatem z drugiej powieki. Bardzo dobre wyniki były przy przeszczepianiu wolnego płata skórnego według Wolfe'go (autotransplantacja). Idealnym materjałem do plastyki okazuje się skóra z narządów płciowych. Homotransplantat w jednym przypadku, mimo początkowego dobrego wyniku, po pewnym czasie uległ zupełnej resorbcji.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Obustronna zaćma spowodowana działaniem promieni X na twarz. B. ADAMANTIADIS i Urania RANGABI. Annales d'Oculistique 1932, str. 627—632.

Chory z *lupus erythematosus* otrzymał 10 naświetlań promieniami Roentgena kolejno w następujące miejsca twarzy: okolica skroniowa lewa, policzek lewy i prawy kąt ust, lewe i prawe skrzydełko nosa, koniec nosa, okolica żuchwowa lewa, grzbiet nosa. Każde naświetlanie 2 H., z filtrem aluminjowym i azbestowym po 2 mm, przy zasłonięciu oczu płytkami ołowianemi.

W dwa miesiące po ukończeniu naświetlań chory zauważył upośledzenie wzroku. Okulistycznie był badany dopiero w rok później, przyczem stwierdzono początkową kataraktę. Po dalszych 2 latach zaćma przedstawiała typowy obraz w postaci tarczy na tylnym biegunie, soczewki, przyczem lewe oko było więcej zajęte. Brwi, rzęsy, skóra powiek i spojówka nie przedstawiały żadnych uszkodzeń rentgenologicznych.

W piśmiennictwie są opisywane przypadki zaćmy rentgenologicznej po naświetlaniu dalszej okolicy oka, np. przysadki, jamy nosowo-gardzielowej i t. p., mimo osłonięcia oczu. Rzadkość tych przypadków tłumaczyłaby się późnem wystąpieniem katarakt. Jess tłumaczy zaćmy rentgenologiczne dyfuzją promieni X. Według Stocka niektórzy chorzy mają jakby zwiększoną wrażliwość względem promieni, szczególnie przy chorobach skórnych, jak gruźlica toczniowa, pryszczyca, przewlekła róża.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

Alergiczne choroby oka. G. BERNEAUD. Zeitschr. f. Augenh. 78, 1932.

Choroby alergiczne oka są jeszcze mało opisane. Znaną jest *conjunctivitis* wywołana przez krew węgorza, co jest szczególnym przypadkiem alergji względem ryb. Rzadszą jest alergja psia. Autor opisuje odnośny przypadek, mianowicie u młodego człowieka już po zbliżeniu się do psa, a jeszcze wyraźniej po zatarciu oka ręką, która dotknęła psa, występowały silne objawy zapalne, jak świąd, nastrzykanie i obrzęk spojówek, bez wydzieliny, co mijało po 2 godzinach. Na tle alergicznem mogą być dalej ostre wypryski powiek, wywołane produktami roślinnemi lub też środkami kosmetycznemi, używanemi do czernienia rzęs. Przyczyną tu byłaby prawdopodobnie parafenyldiamina. Do alergji należałoby też odnieść przewlekłe zapalenia brzegów powiek i spojówek, które ciągną się latami, są oporne wszelkiemu leczeniu, a nieraz samoistnie odrazu ustępują. Chorzy tacy nie znoszą leczenia maściami. Przewrażliwość względem maści występuje nie odrazu — początkowo leczenie maściami przynosi pewną ulgę, dopiero w dalszym przebiegu nie można niemi uzyskać żadnej poprawy, względnie występuje pogorszenie. Badania autora wykazały, że ci chorzy wykazują alergję na t. zw. alergeny klimatyczne, jak pleśnie, kurz domowy, pierze, produkty rozkładu drobnoustrojów i t. p. Dwóch chorych uwolniło się od swej *blepharoconjunctivitis* dopiero wtedy, gdy przestali spać na poduszkach. U dwóch chorych autor uzyskał dobre wyniki zapomocą desensybilizacji.

Dr. J. Grzędzielski (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 22 czerwca 1932 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Mazur przedstawił przypadek zapalenia mózgu poszczepiennego *(encephalitis postvaccinalis).* Po szczepieniu ospy u 1 r. i 4 mies. dziecka wystąpiły burzliwe objawy mózgowe, które następnie uległy poprawie. Rokowanie dobre.

W dyskusji: Kol. Frenklowa: Jest to pierwszy obserwowany w Łodzi przypadek porażenia poszczepiennego, możliwe, że było ich więcej, nie były jednak rozpoznawane. Powyższy pokaz może być bodźcem do większego zwracania uwagi na podobne przypadki. Najważniejszem dla rozpoznania jest badanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Kol. Knichowiecki obserwował dwa podobne przypadki, w jednym po drgawkach wystąpiło porażenie połowicze, które w następstwie ustąpiło, w przypadku drugim po drgawkach wystąpił niedowład prawej rączki. Kol. J. Kon: Przypadki takie zdarzają się przeważnie u dzieci późno szczepionych, należy szczepić wcześnie. Kol. Mogilnicki obserwował wystąpienie drgawek w 8 dni po zaszczepieniu ospy. Kol. B. Frenkiel: Nie można drgawek uważać za dostateczną podstawę dla rozpoznania zapalenia mózgu, potrzebne są jeszcze inne objawy dla postawienia tego rozpoznania. Kol. Dynenson uważa, że szczepienie ospy winno być wykonywane przez pedjatrów.

2. Kol. kol. Czaplicki, Frenklowa i Ściesiński wygłosili referat zbiorowy p. t. *„Ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia".*

A) Kol. Czaplicki: Nie stanowiąc samodzielnego działu patologji, ropne zapalenia ucha środkowego u dzieci w pierwszym

roku życia wykazują tyle cech odrębnych dzięki szczególnym właściwościom anatomicznym, warunkom powstawania, przebiegowi, trudnościom rozpoznawczym i leczniczym, że specjalne ich omawianie staje się rzeczą konieczną. Pobudką do zajęcia się tą sprawą były i są nadzwyczaj częste przypadki znajdywania przy sekcji zmarłych osesków ropy w jamach ucha środkowego, gdzie jej za życia nie stwierdzono. Kliniczne znaczenie tych ukrytych spraw ropnych jeszcze dotychczas nie znajduje wyjaśnienia. Badanie i rozpoznawanie spraw zapalnych ucha środkowego u niemowląt jest technicznie bardzo trudne, objawy czasami są tak skąpe, że trzeba odgadywać, a nie rozpoznawać, co umożliwia pomyłki i przeoczenia. Paracenteza winna być wykonana raczej za wcześnie niż za późno. Po antrotomji u osesków zdarzają się czasami nagłe stany hipertermji z zapaścią i zejściem śmiertelnem, przyczyna ich jest niewyśnioną. W ciągu ostatnich 4 lat operował referent w Szpitalu Anny Marji w Łodzi 37 przypadków zapalenia wyrostka sutkowego u niemowląt, z tych 6 zmarło, 2 przy objawach wyżej wspomnianej hipertermji, w 31 przypadkach przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i wyleczenie zupełne. W ostatnich czasach zabieg operacyjny wykonywany jest w znieczuleniu miejscowem.

B) Kol. H. Frenklowa — omawia ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia na podstawie 98 przypadków spostrzeganych na oddziale niemowl. szpitala Anny Marji w ciągu ostatnich $2^1/_2$ lat.

W przeciwieństwie do przebiegu omawianego cierpienia u dorosłych i u dzieci starszych, u których występuje ono jako sprawa umiejscowiona, u niemowląt objawy miejscowe ustępują na drugi plan, przeważają zaś objawy zakażenia ogólnego. Ta przewaga objawów ogólnych utrudnia w znacznym stopniu rozpoznanie. Po omówieniu metod rozpoznawczych pomocniczych (hemogram, płyn mózgowo-rdzeniowy, objaw Grünfeldera), postaci klinicznych (*o. latens, occulta, manifesta*) roli zarazka, wskazań do paracentezy etc., prelegentka szczegółowo zatrzymuje się nad sprawą powikłań, nastręczających u niemowląt bardzo duże trudności rozpoznawcze. W większości przypadków powikłania te (ropne zapalenie opon i zapalenie zakrzepowe zatok żylnych) wykrywano dopiero na sekcji; posocznicę stwierdzano za życia, lecz nie zawsze udawało się ustalić punkt wyjścia (ucho) i oprzeć na nim wskazania do antrotomji. Ilość powikłań ogólnych, spostrzeganych w szpitalu Anny Marji w ciągu $2^1/_2$ lat wynosiła 12 przypadków, liczba, w porównaniu z danemi innych autorów, bardzo wysoka.

C) Kol. K. Ściesiński omówił ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci na podstawie materjału sekcyjnego szpitala Anny Marji za ostatnie dwa lata.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół Posiedzenia Naukowego odbytego łącznie z Radą Wydziału Lekarskiego Uniwer. Warszawskiego w dniu 31 maja 1932 r.

1. Kol. Prezes wita (w języku francuskim) prof. Regaud — dyrektora Instytutu Radowego Uniwersytetu Paryskiego (streszczenie własne).

Magnificence, Cher Confrère et Maître, Mesdames, Messieurs!

J'ai l'honneur de Vous saluer parmi nous et de Vous souhaiter la bienvenue au nom de la Faculté Médicale de l'Université et de la Société Médicale de Varsovie.

Cher Confrère, Vous n'êtes pas un étranger pour nous. Nous savons que vous avez fait sortir la radiothérapie de la période d'empirisme et de casuistique, en lui donnant les bases biologiques et expérimentales. Ayant trouvé la limite biologique du dosage des rayonnements dans le traitement des tumeurs vous avez posé les fondements de la radiothérapie moderne et scientifique et vous avez creé l'école de radiophysiologie.

Mon cher et ancien élève, Mr. F. Łukaszczyk, le distingué Directeur de notre jeune Institut de Radium qui a achevé sa préparation scientifique dans votre Institut modèle à Paris, continuera certainement ici la tradition, acquise chez vous. Ainsi la jeune science de radiologie servira, comme tant d'autres choses, à resserer les liens qui unissent la pensée polonaise à celle de la France.

Nous sommes heureux de vous recevoir non seulement à cause de vos mérites scientifiques. Vous êtes aussi pour nous le representant de la pensée française, merveilleuse de précision et de clarté, de cette pensée qui a donné au monde Descartes et Pascal, Pasteur et Claude Bernard, et tant d'autres, parmi eux Pierre Curie, disparu trop tôt, dont le nom ne doit pas être absent de notre séance d'aujourd'hui. Nous voyons en vous non seulement un savant, mais aussi un Français, représentant du peuple qui joint toutes les qualités de la pensée latine à l'esprit de sacrifice, d'endurance et d'énergie, et dont la dignité, le calme, la pleine maturité ont été admirés par le monde entier durant ces derniers jours, si douloureux pour votre patrie.

Nous vous accueillons dans un cadre bien modeste. Pourtant comme les choses en disent parfois plus long que les paroles, ces murailles et ces vieux portraits vous diront que cette maison a abrité depuis un siècle des générations de médecins. C'est ici, que dans le temps ou les Hautes Ecoles polonaises étaient supprimées et non seulement la pensée nationale mais aussi la pensée scientifique était sans gîte, se réunissaient les médecins polonais pour discuter les questions du métier, pour continuer la tradition scientifique de la médecine polonaise, enfin pour transmettre les idées de nos maîtres de Śniadecki, de Chałubiński, de Mianowski, de Nencki, de Dunin et bien d'autres. Grâce à l'endurance nationale, mais grâce aussi au travail de ces hommes illustres et de tant d'autres vies anonymes sacrifiées à la patrie, nous pouvons vous recevoir dans un vieux cadre, mais qui, comme la Pologne entière, est animée aujourd'hui d'une sève toute nouvelle. Nous continuons ainsi dans notre domaine médical, la tradition scientifique de nos ancêtres, qui est aussi celle de l'amitié avec la France. Au nom de cette tradition, au nom de cette amitiée, soyez encore une fois le bienvenu, Monsieur.

Veuiller maintenant faire Votre exposé.

II. cz. Nadzwyczajne Walne Zebranie.

Porządek obrad:

1. Sprawa zapisu ś. p. Dra med. Jana Sędziaka.
2. Sprawa funduszu stypendjalnego im. ś. p. Prof. Dra med. Br. Sawickiego.
3. Wybór p. Marji Skłodowskiej-Curie na członka honorowego Towarzystwa.
4. Wybór Sekretarza Stałego.

Punkty 3 i 1 przyjęto przez aklamację.

Co do p. 2-go kol. Prezes komunikuje, że zgodnie z decyzją ostatniego zebrania administracyjnego (z dn. 29. XII. 1931 r.) stypendja z tego funduszu miały być udzielane dopiero wówczas, gdy wzrośnie on do 15.000 zł. Ponieważ z powodu panujących konjunktur jest to obecnie nieaktualne, kol. Prezes prosi zebranie o reasumpcję poprzedniej uchwały, do czego zebranie przychyliło się.

Co do p. 4-go Kol. Prezes komunikuje, że komisja wybrana celem przedstawienia kandydata na Sekretarza Stałego wysunęła kandydatury prof. Antoniego Leśniowskiego i Ludwika Dydyńskiego.

Wyniki głosowania (skrutatorzy kol. Z. Michalski i J. Jurkowski):

Kol. Leśniowski — 56 głosów, Kol. Dydyński — 25 głosów, Kol. Łapiński — 9 głosów, Kol. Orłowski — 1 głos. Pustych kartek oddano 4.

Sekretarzem Stałym został obrany kol. Antoni Leśniowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Witold Orłowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie dnia 3. VI. 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.

Dokończenie.

IV. Dr. Czyżak: *Przyczynek do zagadnienia zakażenia i późnego krwawienia w połogu.* Pod mianem krwawień późnych w połogu rozumie Cz. zgodnie z poglądami Winckla krwawienie po 7 dniu połogowym. Krwawienie silne, zagrażające życiu chorej, są w tym okresie rzadkie.

Cz. przytacza wszelkie znane z piśmiennictwa przyczyny późnych krwawień w połogu i stwierdza przeważnie zdanie, że praktycznie należy się liczyć jedynie z pozostałą częścią łożyskową jako przyczyną późnych krwawień w połogu.

W przeciwieństwie do powyższego wskazuje Cz. na przypadki bardzo silnych krwotoków późnych w połogu, w których macica nie zawierała części łożyska (ani makro ani mikroskopowo).

Cz. opisuje szczegółowo przypadek taki, spostrzegany w klinice położniczej U. P.: Po długotrwałym, wskutek słabych bólów, porodzie następuje u 35-letniej pierwiastki połóg gorączkowy. Ciepłota dochodzi do 39, macica jest duża, bolesna, tętno chorej 100 uderzeń na minutę, jej stan ogólny względnie dobry. Siódmego dnia zaczyna ciepłota powoli opadać, również tętno, macica jednak pozostaje duża, bolesna, odchody są nieznaczne, ropne. Wtem 11 dnia zaczyna się silne krwawienie z macicy, które opanowano ostatecznie jedynie dzięki śpiesznemu wyjęciu macicy.

Macica była duża, o flakowatej spoistości. Jej jama zawierała skrzepy krwi, które jedynie w miejscu łożyskowem były w ścisłym związku z zakrzepem w dużem naczyniu żylnem, które stanowiło źródło krwotoku.

Mikroskopowo stwierdzono daleko posuniętą martwicę tkanki macicznej, zezwalającą z trudem na rozpoznanie właściwej struktury narządu. Naczynia krwionośne zawierały czopy ropne z niezliczoną ilością bakteryj. Ani makro ani mikroskopowo nie znaleziono tkanki łożyskowej.

Cz. tłumaczy w następujący sposób mechanizm danego krwotoku: Dzięki zakażeniu porodowemu macica nie skurczyła się należycie; tamowanie krwawienia po porodzie nastąpiło przez zakrzepy, które tworzyły doskonałe podłoże dla bakteryj.

Porażający wpływ zakażenia nie dopuścił również w połogu do należytego zwijania się macicy. Zakrzepy zropiały nie doczekawszy się organizacji.

W tych warunkach starczyło nieznaczne podniesienie się ciśnienia krwi, żeby luźną zaporę w naczyniu usunąć i doprowadzić do niezmiernie silnego i uporczywego krwotoku, który zdołano opanować jedynie przez usunięcie macicy.

Cz. wskazuje na Couvelaira, który również przyjmuje związek przyczynowy między zakażeniem a późnem krwawieniem w połogu, wyodrębniając osobną jednostkę chorobową, którą doskonale scharakteryzował jak i też jej postępowanie lecznicze.

Rozprawa: Prof. Kowalski podkreśla, że dla lekarza praktyka pozostaną zawsze najważniejszą przyczyną późnych krwawień w połogu resztki jaja płodowego pozostałe w macicy. Krwawienia te są zawsze wskazaniem do natychmiastowego, czynnego wystąpienia lekarza, inaczej mogą one wkrótce doprowadzić do katastrofy. Postępowanie polega na odczepieniu i usunięciu resztek jaja płodowego palcem. Przedewszystkiem należy unikać wyskrobania macicy, które może być powodem śmiertelnego zakażenia ogólnego.

V. R. Danielewski przedstawia:

a) *Guzek samotny opony twardej.* Guzy samotne mózgu nie należą do rzadkich zjawisk podczas badań sekcyjnych. Połowę guzów mózgowych wieku dziecięcego, jak podaje Aschoff, stanowią guzy samotne, a u dorosłych ilość ta zmniejsza się do jednej siódmej części wszystkich t. zw. guzów mózgowych. W wieku podeszłym zaś należą one do rzadkości.

Rzadziej już spotyka się guzki samotne na oponie twardej mózgu. Przyczyną tego jest mniejsza wrażliwość opony twardej od opon miękkich na prątki gruźlicze. W razie występowania guzków samotnych na oponie twardej usadawiają się one przeważnie w pobliżu *clivus Blumenbachi*, w jamach czaszkowych i na oponie rdzenia kręgowego.

W przypadku naszym stwierdzono u mężczyzny, lat 34, na oponie twardej mianowicie w pobliżu zatoki poprzecznej po stronie lewej guzek wielkości grochu, który mocno przylegał do opony twardej. Powierzchnia tego guzka była gładka. W korze mózgu, w miejscu odpowiadającem temu guzkowi, mianowicie w płacie ciemieniowym lewym widoczna była jama o ścianach gładkich, która wielkością zupełnie odpowiadała temu guzkowi. W przypadku tym chodziło o mężczyznę, u którego stwierdzono zmiany gruźlicze przedewszystkiem ze strony płuc oraz jelit.

Histologicznie guz ten składał się z mas martwiczych, wśród których rozrzucone są gdzie niegdzie limfocyty. U podstawy guzka widać gruźliczą tkankę ziarninową jednak bez komórek olbrzymich. Opona twarda naciekła jest również limfocytami oraz komórkami nabłonkowatemi. Kora mózgu wykazuje w pobliżu jamy nieznaczny rozplen glejn oraz obrzęk. Nie stwierdza się natomiast żadnych nacieków swoistych.

b) *Zwężenie części zstępującej aorty naskutek blizny gośćcowej.* Nabytych zwężeń tętnicy głównej dotychczas nie opisano, przynajmniej w dostępnem dla mnie piśmiennictwie nie spotkałem się z podobnym przypadkiem. Z tego też względu pozwalam sobie przedstawić przypadek zwężenia tętnicy głównej na tle blizny spowodowanej procesem gośćcowym. Chodzi tutaj o mężczyznę, lat 46, który według wywiadu przechodził w 18 roku życia ciężki gościec stawowy będąc wtedy obłożnie chorym przez 6 tygodni. W 5 lat później, a więc mając lat 23 zachorował ponownie, skarżąc się tym razem na dolegliwości ze strony serca. Stan jego był wtedy bardzo ciężki, nawet beznadziejny, a lekarz rozpoznał zachorzenie zastawek. Na 4 tygodnie przed śmiercią zachorował po raz trzeci skarżąc się i tym razem na dolegliwości ze strony serca. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Moribundus, Insufficientia valvularum aortae et mitralis.* Przy sekcji stwierdzono: *Endocarditis chronica petrificans valvularum semilunarium aortae subsequente stenosi. Cicatrix aortae descendentis subsequente stenosi. Aneurysma sacciforme aortae ascendentis. Pericarditis chronica fibrosa. Myocarditis chronica fibrosa.* Zastawki tętnicy głównej były niepodatne, pogrubiałe i zawierały szczególnie na wolnym brzegu ogniska biało-żółte, twarde jak kość. Serce było powiększone i wykazywało znacznego stopnia przerost komory lewej. Tuż nad zastawkami znajduje się uwypuklenie tętnicy głównej, tętniak, którego powstanie początkowo było niewytłumaczalne. Dopiero po przecięciu tętnicy głównej w łuku oraz w części zstępującej natrafiono na granicy prawie pomiędzy łukiem a częścią zstępującą na zwężenie o bardzo wąskiem świetle, bo drożnem tylko dla cieńkiego ołówka, spowodowane okrężnie przebiegającą blizną, które w zupełności wytłumaczyło leżący nad zastawkami tętniak. Zwężenie to leżało w odległości 12,5 cm od zastawek, szerokość tętnicy głównej wynosiła 1 cm w miejscu zwężenia, 9 cm w miejscu tętniaka, a 5 cm poniżej miejsca zwężenia w części zstępującej.

Obraz utkania mikroskopowego w samem sercu przemawia za przebytym dawniej procesem gośćcowym, również charakter blizny zwężającej t. j. blizny zupełnie beznaczyniowej i bezkomórkowej przemawia za zmianami gośćcowemi. Gościec, który wystąpił w ostatnich czasach, dał zmiany zupełnie świeże, a w pobliżu blizny w tętnicy spotyka się komórki jednojądrowe, monocyty. Zmian kiłowych nie stwierdzono.

Rozprawa: Zdaniem Prof. Skubiszewskiego charakter blizny, która zwęża w części zstępującej tętnicę do rozmiarów dotąd mu nieznanych, typowe blizny gośćcowe w sercu oraz przebyty gościec wielu stawów, gdy chory miał 18 lat i późniejsze nawroty, wszystko to razem przemawia za zwężeniem pochodzenia gośćcowego.

Dr. Stöckl przypomina sobie 2 przypadki tętniaka w Klinice Chvostka w Wiedniu, bez podkładu kiły, tłumaczone jako powstałe po zakażeniu grypowem.

VI. Dr. Jan Alkiewicz przedstawia: *Przypadek znamienia sinego. (Blauer Naevus, Chromatophoroma).* Znamię wielkości 4X5 mm, sinawo-czarne, wycięto ze skóry grzbietu ręki 28 letniej kobiety, która podaje, że plama ta istniała od najmłodszych lat. Obraz histologiczny jest bardzo znamienny: nabłonek prócz spłaszczenia nie wykazuje zmian. Skórę właściwą można podzielić na 2 części: strefa wąska, pod warstwą brodawkową położona, jest pozbawiona zupełnie barwika jak i komórek znamieniowych. Poniżej spostrzega się odmienną strukturę. Pomiędzy licznemi fibroblastami i bezładnie ułożonemi włóknami tkanki łącznej rzucają się w oczy liczne komórki barwikowe, chromatofory. Kształt ich jest wydłużony, o wąskich gwiaździstych wypustkach, wypełnionych gęsto drobnemi, brunatnemi ziarenkami melaniny. Miejscami układ chromatoforów jest gęsty. Komórki te odpowiadają analogicznym w plamach mongolskich, jak i chromatoforom, które spotykamy u szeregu małp i w skórze niższych kręgowców. Postać chorobową tę wyodrębnił pierwszy J. Jadassohn (1906), nadając jej miano kliniczne „znamienia sinego". Inni autorowie, którzy później zabierali głos w tej sprawie, podkreślali jej charakter nowotworowy, posługując się mianem *chromatophoroma Ribbert.* Według zdania dalszych autorów najbardziej odpowiadałoby określenie *mesenchymoma melanoblasticum* wzgl. *fibroma melanoblasticum* (Borst). Przypadek ten wykazuje jeszcze pewne ciekawe odchylenie od opisanych w piśmiennictwie. Na całej przestrzeni, gdzie mieszczą się komórki barwikowe, zauważyć można nowotworowy rozrost elementów komórkowych tkanki łącznej (fibroblastów), co czynić może wrażenie utkania włókniakowego. Szczegół ten, będący przedmiotem dalszych moich badań, podaję nawiasowo, jako wzmiankę tymczasową.

Rozprawa: Prof. Skubiszewski: Sprawy te nie należą do łatwych, gdy chodzi o ściśle sprecyzowanie rozpoznania. Ostrożność prelegenta jest zrozumiała. Obecność dużej ilości tkanki łącznej zachęca już dzisiaj do rozpoznania w kierunku *melano-fibroma.*

Dr. Bocheński zauważył niedawno temu również znamię sine na przedramieniu ręki. Ponieważ pacjentka na wycięcie się nie zgodziła, zastosowano elektrolizę. Pomimo dwukrotnej głębokiej elektrolizy, jeszcze trochę z ciemno-niebieskiej tkanki pozostało, co wskazuje, że barwik leży głęboko w skórze.

Wszystkie streszczenia są autoreferatami.

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *Fr. Łabendziński.*
Sekretarz Tw. Pat. Pol. (Oddz. Pozn.): w z. *L. Konkolewski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. 45. Polskiej Gazety Lekarskiej ukazała się notatka Pana J. N. dotycząca sprawozdania Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego za r. 1931/32 podana w formie obliczonej chyba na wywołanie polemiki, wprowadza bowiem daleko idący indywidualny pogląd autora notatki tak na sposób układania sprawozdań Instytutu, jak i na kierunki, które chciałby widzieć w kształceniu przyszłych nauczycieli ćwiczeń cielesnych w szkolnictwie.

roku życia wykazują tyle cech odrębnych dzięki szczególnym właściwościom anatomicznym, warunkom powstawania, przebiegowi, trudnościom rozpoznawczym i leczniczym, że specjalne ich omawianie staje się rzeczą konieczną. Pobudką do zajęcia się tą sprawą były i są nadzwyczaj częste przypadki znajdywania przy sekcji zmarłych osesków ropy w jamach ucha środkowego, gdzie jej za życia nie stwierdzono. Kliniczne znaczenie tych ukrytych spraw ropnych jeszcze dotychczas nie znajduje wyjaśnienia. Badanie i rozpoznawanie spraw zapalnych ucha środkowego u niemowląt jest technicznie bardzo trudne, objawy czasami są tak skąpe, że trzeba odgadywać, a nie rozpoznawać, co umożliwia pomyłki i przeoczenia. Paracenteza winna być wykonana raczej za wcześnie niż za późno. Po antrotomji u osesków zdarzają się czasami nagłe stany hipertermji z zapaścią i zejściem śmiertelnem, przyczyna ich jest niewyśnioną. W ciągu ostatnich 4 lat operował referent w Szpitalu Anny Marji w Łodzi 37 przypadków zapalenia wyrostka sutkowego u niemowląt, z tych 6 zmarło, 2 przy objawach wyżej wspomnianej hipertermji, w 31 przypadkach przebieg pooperacyjny był zupełnie pomyślny i wyleczenie zupełne. W ostatnich czasach zabieg operacyjny wykonywany jest w znieczuleniu miejscowem.

B) Kol. H. Frenklowa — omawia ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci w pierwszym roku życia na podstawie 98 przypadków spostrzeganych na oddziale niemowl. szpitala Anny Marji w ciągu ostatnich 2½ lat.

W przeciwieństwie do przebiegu omawianego cierpienia u dorosłych i u dzieci starszych, u których występuje ono jako sprawa umiejscowiona, u niemowląt objawy miejscowe ustępują na drugi plan, przeważają zaś objawy zakażenia ogólnego. Ta przewaga objawów ogólnych utrudnia w znacznym stopniu rozpoznanie. Po omówieniu metod rozpoznawczych pomocniczych (hemogram, płyn mózgowo-rdzeniowy, objaw Grünfeldera), postaci klinicznych *(o. latens, occulta, manifesta)* roli zarazka, wskazań do paracentezy etc., prelegentka szczegółowo zatrzymuje się nad sprawą powikłań, nastręczających u niemowląt bardzo duże trudności rozpoznawcze. W większości przypadków powikłania te (ropne zapalenie opon i zapalenie zakrzepowe zatok żylnych) wykrywano dopiero na sekcji; posocznicę stwierdzano za życia. lecz nie zawsze udawało się ustalić punkt wyjścia (ucho) i oprzeć na nim wskazania do antrotomji. Ilość powikłań ogólnych, spostrzeganych w szpitalu Anny Marji w ciągu 2½ lat wynosiła 12 przypadków, liczba, w porównaniu z danemi innych autorów, bardzo wysoka.

C) Kol. K. Ściesiński omówił ropne zapalenie ucha środkowego u dzieci na podstawie materjału sekcyjnego szpitala Anny Marji za ostatnie dwa lata.

Sekretarz: *B. Czaplicki.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół Posiedzenia Naukowego odbytego łącznie z Radą Wydziału Lekarskiego Uniwer. Warszawskiego w dniu 31 maja 1932 r.

1. Kol. Prezes wita (w języku francuskim) prof. Regaud — dyrektora Instytutu Radowego Uniwersytetu Paryskiego (streszczenie własne).

Magnificence, Cher Confrère et Maître, Mesdames, Messieurs!

J'ai l'honneur de Vous saluer parmi nous et de Vous souhaiter la bienvenue au nom de la Faculté Médicale de l'Université et de la Société Médicale de Varsovie.

Cher Confrère, Vous n'êtes pas un étranger pour nous. Nous savons que vous avez fait sortir la radiothérapie de la période d'empirisme et de casuistique, en lui donnant les bases biologiques et expérimentales. Ayant trouvé la limite biologique du dosage des rayonnements dans le traitement des tumeurs vous avez posé les fondements de la radiothérapie moderne et scientifique et vous avez creé l'école de radiophysiologie.

Mon cher et ancien élève, Mr. F. Łukaszczyk, le distingué Directeur de notre jeune Institut de Radium qui a achevé sa préparation scientifique dans votre Institut modèle à Paris, continuera certainement ici la tradition, acquise chez vous. Ainsi la jeune science de radiologie servira, comme tant d'autres choses, à resserer les liens qui unissent la pensée polonaise à celle de la France.

Nous sommes heureux de vous recevoir non seulement à cause de vos mérites scientifiques. Vous êtes aussi pour nous le représentant de la pensée française, merveilleuse de précision et de clarté, de cette pensée qui a donné au monde Descartes et Pascal, Pasteur et Claude Bernard, et tant d'autres, parmi eux Pierre Curie, disparu trop tôt, dont le nom ne doit pas être absent de notre séance d'aujourd'hui. Nous voyons en vous non seulement un savant, mais aussi un Français, représentant du peuple qui joint toutes les qualités de la pensée latine à l'esprit de sacrifice, d'endurance et d'énergie, et dont la dignité, le calme, la pleine maturité ont été admirés par le monde entier durant ces derniers jours, si douloureux pour votre patrie.

Nous vous accueillons dans un cadre bien modeste. Pourtant comme les choses en disent parfois plus long que les paroles, ces murailles et ces vieux portraits vous diront que cette maison a abrité depuis un siècle des générations de médecins. C'est ici, que dans le temps ou les Hautes Ecoles polonaises étaient supprimées et non seulement la pensée nationale mais aussi la pensée scientifique était sans gîte, se réunissaient les médecins polonais pour discuter les questions du métier, pour continuer la tradition scientifique de la médecine polonaise, enfin pour transmettre les idées de nos maîtres de Śniadecki, de Chałubiński, de Mianowski, de Nencki, de Dunin et bien d'autres. Grâce à l'endurance nationale, mais grâce aussi au travail de ces hommes illustres et de tant d'autres vies anonymes sacrifiées à la patrie, nous pouvons vous recevoir dans un vieux cadre, mais qui, comme la Pologne entière, est animée aujourd'hui d'une sève toute nouvelle. Nous continuons ainsi dans notre domaine médical, la tradition scientifique de nos ancêtres, qui est aussi celle de l'amitié avec la France. Au nom de cette tradition, au nom de cette amitiée, soyez encore une fois le bienvenu, Monsieur.

Veuiller maintenant faire Votre exposé.

II. cz. Nadzwyczajne Walne Zebranie.

Porządek obrad:

1. Sprawa zapisu ś. p. Dra med. Jana Sędziaka.
2. Sprawa funduszu stypendjalnego im. ś. p. Prof. Dra med. Br. Sawickiego.
3. Wybór p. Marji Skłodowskiej-Curie na członka honorowego Towarzystwa.
4. Wybór Sekretarza Stałego.

Punkty 3 i 1 przyjęto przez aklamację.

Co do p. 2-go kol. Prezes komunikuje, że zgodnie z decyzją ostatniego zebrania administracyjnego (z dn. 29. XII. 1931 r.) stypendja z tego funduszu miały być udzielane dopiero wówczas, gdy wzrośnie on do 15.000 zł. Ponieważ z powodu panujących konjunktur jest to obecnie nieaktualne, kol. Prezes prosi zebranie o reasumpcję poprzedniej uchwały, do czego zebranie przychyliło się.

Co do p. 4-go Kol. Prezes komunikuje, że komisja wybrana celem przedstawienia kandydata na Sekretarza Stałego wysunęła kandydatury prof. Antoniego Leśniowskiego i Ludwika Dydyńskiego.

Wyniki głosowania (skrutatorzy kol. Z. Michalski i J. Jurkowski):

Kol. Leśniowski — 56 głosów, Kol. Dydyński — 25 głosów, Kol. Łapiński — 9 głosów, Kol. Orłowski — 1 głos. Pustych kartek oddano 4.

Sekretarzem Stałym został obrany kol. Antoni Leśniowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *M. Kruszówna.*
Prezes: *Witold Orłowski.*

Towarzystwo Patologów Polskich (oddział poznański) i Wydział Lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Wspólne posiedzenie dnia 3. VI. 1932 roku.

Przewodniczący: Prof. S. Borowiecki.

Dokończenie.

IV. Dr. Czyżak: *Przyczynek do zagadnienia zakażenia i późnego krwawienia w połogu.* Pod mianem krwawień późnych w połogu rozumie Cz. zgodnie z poglądami Winckla krwawienie po 7 dniu połogowym. Krwawienie silne, zagrażające życiu chorej, są w tym okresie rzadkie.

Cz. przytacza wszelkie znane z piśmiennictwa przyczyny późnych krwawień w połogu i stwierdza przeważnie zdanie, że praktycznie należy się liczyć jedynie z pozostałą częścią łożyskową jako przyczyną późnych krwawień w połogu.

W przeciwieństwie do powyższego wskazuje Cz. na przypadki bardzo silnych krwotoków późnych w połogu, w których macica nie zawierała części łożyska (ani makro ani mikroskopowo).

Cz. opisuje szczegółowo przypadek taki, spostrzegany w klinice położniczej U. P.: Po długotrwałym, wskutek słabych bólów, porodzie następuje u 35-letniej pierwiastki połóg gorączkowy. Ciepłota dochodzi do 39, macica jest duża, bolesna, tętno chorej 100 uderzeń na minutę, jej stan ogólny względnie dobry. Siódmego dnia zaczyna ciepłota powoli opadać, również tętno, macica jednak pozostaje duża, bolesna, odchody są nieznaczne, ropne. Wtem 11 dnia zaczyna się silne krwawienie z macicy, które opanowano ostatecznie jedynie dzięki śpiesznemu wyjęciu macicy.

Macica była duża, o flakowatej spoistości. Jej jama zawierała skrzepy krwi, które jedynie w miejscu łożyskowem były w ścisłym związku z zakrzepem w dużem naczyniu żylnem, które stanowiło źródło krwotoku.

Mikroskopowo stwierdzono daleko posuniętą martwicę tkanki macicznej, zezwalającą z trudem na rozpoznanie właściwej struktury narządu. Naczynia krwionośne zawierały czopy ropne z niezliczoną ilością bakteryj. Ani makro ani mikroskopowo nie znaleziono tkanki łożyskowej.

Cz. tłumaczy w następujący sposób mechanizm danego krwotoku: Dzięki zakażeniu porodowemu macica nie skurczyła się należycie; tamowanie krwawienia po porodzie nastąpiło przez zakrzepy, które tworzyły doskonałe podłoże dla bakteryj.

Porażający wpływ zakażenia nie dopuścił również w połogu do należytego zwijania się macicy. Zakrzepy zropiały nie doczekawszy się organizacji.

W tych warunkach starczyło nieznaczne podniesienie się ciśnienia krwi, żeby luźną zaporę w naczyniu usunąć i doprowadzić do niezmiernie silnego i uporczywego krwotoku, który zdołano opanować jedynie przez usunięcie macicy.

Cz. wskazuje na Couvelaira, który również przyjmuje związek przyczynowy między zakażeniem a późnem krwawieniem w połogu, wyodrębniając osobną jednostkę chorobową, którą doskonale scharakteryzował jak i też jej postępowanie lecznicze.

Rozprawa: Prof. K o w a l s k i podkreśla, że dla lekarza praktyka pozostaną zawsze najważniejszą przyczyną późnych krwawień w połogu resztki jaja płodowego pozostałe w macicy. Krwawienia te są zawsze wskazaniem do natychmiastowego, czynnego wystąpienia lekarza, inaczej mogą one wkrótce doprowadzić do katastrofy. Postępowanie polega na odczepieniu i usunięciu resztek jaja płodowego palcem. Przedewszystkiem należy unikać wyskrobania macicy, które może być powodem śmiertelnego zakażenia ogólnego.

V. R. D a n i e l e w s k i przedstawia:

a) *Guzek samotny opony twardej.* Guzy samotne mózgu nie należą do rzadkich zjawisk podczas badań sekcyjnych. Połowę guzów mózgowych wieku dziecięcego, jak podaje Aschoff, stanowią guzy samotne, a u dorosłych ilość ta zmniejsza się do jednej siódmej części wszystkich t. zw. guzów mózgowych. W wieku podeszłym zaś należą one do rzadkości.

Rzadziej już spotyka się guzki samotne na oponie twardej mózgu. Przyczyną tego jest mniejsza wrażliwość opony twardej od opon miękkich na prątki gruźlicze. W razie występowania guzków samotnych na oponie twardej usadawiają się one przeważnie w pobliżu *clivus Blumenbachi*, w jamach czaszkowych i na oponie rdzenia kręgowego.

W przypadku naszym stwierdzono u mężczyzny, lat 34, na oponie twardej mianowicie w pobliżu zatoki poprzecznej po stronie lewej guzek wielkości grochu, który mocno przylegał do opony twardej. Powierzchnia tego guzka była gładka. W korze mózgu, w miejscu odpowiadającem temu guzkowi, mianowicie w płacie ciemieniowym lewym widoczna była jama o ścianach gładkich, która wielkością zupełnie odpowiadała temu guzkowi. W przypadku tym chodziło o mężczyznę, u którego stwierdzono zmiany gruźlicze przedewszystkiem ze strony płuc oraz jelit.

Histologicznie guz ten składał się z mas martwiczych, wśród których rozrzucone są gdzie niegdzie limfocyty. U podstawy guzka widać gruźliczą tkankę ziarninową jednak bez komórek olbrzymich. Opona twarda naciekła jest również limfocytami oraz komórkami nabłonkowatemi. Kora mózgu wykazuje w pobliżu jamy nieznaczny rozplen glejju oraz obrzęk. Nie stwierdza się natomiast żadnych nacieków swoistych.

b) *Zwężenie części zstępującej aorty naskutek blizny gośćcowej.* Nabytych zwężeń tętnicy głównej dotychczas nie opisano, przynajmniej w dostępnem dla mnie piśmiennictwie nie spotkałem się z podobnym przypadkiem. Z tego też względu pozwalam sobie przedstawić przypadek zwężenia tętnicy głównej na tle blizny spowodowanej procesem gośćcowym. Chodzi tutaj o mężczyznę, lat 46, który według wywiadu przechodził w 18 roku życia ciężki gościec stawowy będąc wtedy obłożnie chorym przez 6 tygodni. W 5 lat później, a więc mając lat 23 zachorował ponownie, skarżąc się tym razem na dolegliwości ze strony serca. Stan jego był wtedy bardzo ciężki, nawet beznadziejny, a lekarz rozpoznał zachorzenie zastawek. Na 4 tygodnie przed śmiercią zachorował po raz trzeci skarżąc się i tym razem na dolegliwości ze strony serca. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: *Moribundus, Insufficientia valvularum aortae et mitralis.* Przy sekcji stwierdzono: *Endocarditis chronica petrificans valvularum semilunarium aortae subsequente stenosi. Cicatrix aortae descendentis subsequente stenosi. Aneurysma sacciforme aortae ascendentis. Pericarditis chronica fibrosa. Myocarditis chronica fibrosa.* Zastawki tętnicy głównej były niepodatne, pogrubiałe i zawierały szczególnie na wolnym brzegu ogniska biało-żółte, twarde jak kość. Serce było powiększone i wykazywało znacznego stopnia przerost komory lewej. Tuż nad zastawkami znajduje się uwypuklenie tętnicy głównej, tętniak, którego powstanie początkowo było niewytłumaczalne. Dopiero po przecięciu tętnicy głównej w łuku oraz w części zstępującej natrafiono na granicy prawie pomiędzy łukiem a częścią zstępującą na zwężenie o bardzo wąskiem świetle, bo drożnem tylko dla cieńkiego ołówka, spowodowane okrężnie przebiegającą blizną, które w zupełności wytłumaczyło leżący nad zastawkami tętniak. Zwężenie to leżało w odległości 12,5 cm od zastawek, szerokość tętnicy głównej wynosiła 1 cm w miejscu zwężenia, 9 cm w miejscu tętniaka, a 5 cm poniżej miejsca zwężenia w części zstępującej.

Obraz utkania mikroskopowego w samem sercu przemawia za przebytym dawniej procesem gośćcowym, również charakter blizny zwężającej t. j. blizny zupełnie beznaczyniowej i bezkomórkowej przemawia za zmianami gośćcowemi. Gościec, który wystąpił w ostatnich czasach, dał zmiany zupełnie świeże, a w pobliżu blizny w tętnicy spotyka się komórki jednojądrowe, monocyty. Zmian kiłowych nie stwierdzono.

Rozprawa: Zdaniem Prof. S k u b i s z e w s k i e g o charakter blizny, która zwęża w części zstępującej tętnicę do rozmiarów dotąd mu nieznanych, typowe blizny gośćcowe w sercu oraz przebyty gościec wielu stawów, gdy chory miał 18 lat i późniejsze nawroty, wszystko to razem przemawia za zwężeniem pochodzenia gośćcowego.

Dr. S t ö c k l przypomina sobie 2 przypadki tętniaka w Klinice Chvostka w Wiedniu, bez podkładu kiły, tłumaczone jako powstałe po zakażeniu grypowem.

VI. Dr. Jan A l k i e w i c z przedstawia: *Przypadek znamienia sinego. (Blauer Naevus, Chromatophoroma).* Znamię wielkości 4X5 mm, sinawo-czarne, wycięto ze skóry grzbietu ręki 28 letniej kobiety, która podaje, że plama ta istniała od najmłodszych lat. Obraz histologiczny jest bardzo znamienny: nabłonek prócz spłaszczenia nie wykazuje zmian. Skórę właściwą można podzielić na 2 części: strefa wąska, pod warstwą brodawkową położona, jest pozbawiona zupełnie barwika jak i komórek znamieniowych. Poniżej spostrzega się odmienną strukturę. Pomiędzy licznemi fibroblastami i bezładnie ułożonemi włóknami tkanki łącznej rzucają się w oczy liczne komórki barwikowe, chromatofory. Kształt ich jest wydłużony, o wąskich gwiaździstych wypustkach, wypełnionych gęsto drobnemi, brunatnemi ziarenkami melaniny. Miejscami układ chromatoforów jest gęsty. Komórki te odpowiadają analogicznym w plamach mongolskich, jak i chromatoforom, które spotykamy u szeregu małp i w skórze niższych kręgowców. Postać chorobową tę wyodrębnił pierwszy J. Jadassohn (1906), nadając jej miano kliniczne „znamienia sinego". Inni autorowie, którzy później zabierali głos w tej sprawie, podkreślali jej charakter nowotworowy, posługując się mianem *chromatophoroma Ribbert.* Według zdania dalszych autorów najbardziej odpowiadałoby określenie *mesenchymoma melanoblasticum* wzgl. *fibroma melanoblasticum* (Borst). Przypadek ten wykazuje jeszcze pewne ciekawe odchylenie od opisanych w piśmiennictwie. Na całej przestrzeni, gdzie mieszczą się komórki barwikowe, zauważyć można nowotworowy rozrost elementów komórkowych tkanki łącznej (fibroblastów), co czynić może wrażenie utkania włókniakowego. Szczegół ten, będący przedmiotem dalszych moich badań, podaję nawiasowo, jako wzmiankę tymczasową.

Rozprawa: Prof. S k u b i s z e w s k i: Sprawy te nie należą do łatwych, gdy chodzi o ścisłe sprecyzowanie rozpoznania. Ostrożność prelegenta jest zrozumiała. Obecność dużej ilości tkanki łącznej zachęca już dzisiaj do rozpoznania w kierunku *melano-fibroma.*

Dr. B o c h e ń s k i zauważył niedawno temu również znamię sine na przedramieniu ręki. Ponieważ pacjentka na wycięcie się nie zgodziła, zastosowano elektrolizę. Pomimo dwukrotnej głębokiej elektrolizy, jeszcze trochę z ciemno-niebieskiej tkanki pozostało, co wskazuje, że barwik leży głęboko w skórze.

Wszystkie streszczenia są autoreferatami.

Sekretarz Wydz. Lek. T. P. N.: *Fr. Łabendziński.*
Sekretarz Tw. Pat. Pol. (Oddz. Pozn.): w z. *L. Konkolewski.*

LISTY DO REDAKCJI.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. 45. Polskiej Gazety Lekarskiej ukazała się notatka Pana J. N. dotycząca sprawozdania Centralnego Instytutu Wychowania Fizycznego za r. 1931/32 podana w formie obliczonej chyba na wywołanie polemiki, wprowadza bowiem daleko idący indywidualny pogląd autora notatki tak na sposób układania sprawozdań Instytutu, jak i na kierunki, które chciałby widzieć w kształceniu przyszłych nauczycieli ćwiczeń cielesnych w szkolnictwie.

Jakkolwiek nie chodzi mi o podjęcie takiej polemiki, która nie odpowiadałaby swą treścią zadaniom, którym służy poczytny i szanowny organ prasy lekarskiej, kierowany przez Wielce Szanownego Pana Redaktora, to jednak pozwalam sobie prosić Go o umieszczenie następujących uzupełnień notatki:

1) Ilość zakładów naukowych nie jest i nie może być ściśle określoną, przeto trudno mówić o zakładach jeszcze nie zorganizowanych.

2) Czy koniecznym jest osobny zakład teorji wychowania fizycznego wobec myśli przewodniej programów Instytutu, byłoby rzeczą nadającą się do daleko idącej dyskusji, co zaś należy rozumieć pod nazwą zakładu technologji w. f. i sportu jest rzeczą niejasną.

3) Studja uniwersyteckie, kształcące kierowników w. f. ze stopniem naukowym magistrów w. f., rozpoczęły nadawanie tych stopni bardzo jeszcze niedawno, przez co czas nie pozwolił na stworzenie zastępu magistrów w. f., którzy posiadając poza cenzusem naukowym odpowiedni stage i doświadczenie praktyczne, mogliby podjąć samodzielną pracę dydaktyczną w uczelni bądź co bądź o typie wyższym.

4) Sprawozdanie za rok szkolny może obejmować dane, dotyczące tego tylko roku, nic więc dziwnego, że nie objęło ono sprawozdania ze zdrowotności słuchaczy za lata ubiegłe, a zestawienia danych, dotyczących zdrowotności słuchaczy C. I. W. F., jak wyraźnie zaznacza sprawozdanie, są przedmiotem opracowań naukowych, prowadzonych w Instytucie.

5) Inwektywa umieszczenia na szarym końcu zakładów naukowych po trawnikach jest chyba wyrazem tendencyj autora notatki, nie zaś intencji Dyrekcji Instytutu, co wynika chociażby z udzielonego tym sprawom miejsca w sprawozdaniu.

W nadziei, że Wielce Szanowny Pan Redaktor, w imię utrzymania rzeczowego tonu w ocenie notowanych w Polskiej Gazecie Lekarskiej faktów, zechce dać miejsce niniejszej notatce, łączę wyrazy głębokiego szacunku i poważania.

Warszawa, 30. XI. 1932.

Dr. Gilewicz Zygmunt, Pułkownik.

Szanowny Panie Redaktorze!

W Nr. 47. r. b. Polskiej Gaz. Lek. ukazała się w rubryce „Wiadomości bieżące" notatka zaczerpnięta z „La Presse médicale" o leczeniu schorzeń ropnych płuc metodą Landaua, Fejgina i Bauera, polegająca na wlewaniu dożylnem alkoholu etylowego.

Wiadomość ta nie odpowiada rzeczywistości, gdyż autorem tej metody jest niżej podpisany. Metoda ta została po raz pierwszy przeze mnie wprowadzona do lecznictwa w r. 1927 i od tego czasu stosują moją metodę inni autorzy przy różnych schorzeniach. Kol. Landau pierwszy zaczął stosować moją metodę przy schorzeniach ropnych płuc.

Dziękując zgóry za łaskawe umieszczenie sprostowania powyższego w Polskiej Gaz. Lek., łączę wyrazy szacunku i poważania.

Warszawa, 2. XII. 1932.

Dr. med. D. Thursz.

Podaję do wiadomości P. P. Kolegów, którzy otrzymali propozycję postawienia kandydata na przyszłoroczną premję Nobla z medycyny — w celu umożliwienia uzgodnienia polskiej kandydatury — że w odpowiedzi Komitetowi mam zamiar podać p. Prof. Rudolfa Weigla, a jako motyw — wysuwam jego prace nad szczepionkami oraz tyfusem plamistym, formułując to dosłownie: *„pour avoir découvert, le prémier, la préparation d'un vaccin par culture de l'agent pathogène sur l'invertebré et pour les autres traveaux sur le typhus exanthématique".*

Prof. J. Szymański (Wilno).

Jubileusz Prof. Dra Antoniego Jurasza.

W pierwszej połowie listopada obchodził Prof. Dr. Antoni Jurasz, dyrektor Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Poznańskiego 25-lecie swej pracy naukowej. Uroczystości jubileuszowe rozpoczęły się dnia 12. listopada mszą św., którą odprawił w kaplicy Zakładu Przemienienia Pańskiego, gdzie mieści się Klinika Chirurgiczna U. P., dyrektor Zgromadzenia SS. Miłosierdzia Ks. Dr. Michalski. W nabożeństwie wziął udział jubilat otoczony gronem swych uczniów i asystentów, ordynatorzy oddziałów Szpitala Przemienienia Pańskiego i liczne grono Sióstr Miłosierdzia. Po nabożeństwie odbyło się uroczyste składanie życzeń od sióstr i chorych, a następnie śniadanie, w czasie którego wśród podniosłego i serdecznego nastroju wygłoszono szereg przemówień. W imieniu Zarządu Zgromadzenia SS. Miłosierdzia zabrał głos Ks. Dyr. Dr. Michalski, składając obok życzeń głębokie podziękowanie za to, co zdziałał jubilat w ciągu ostatnich kilku lat dla Szpitala Przemienienia Pańskiego. Z chwilą przeniesienia Kliniki Chirurgicznej U. P. do szpitala, rozpoczyna się wspaniały rozwój i rozbudowa szpitala, który dzisiaj może się poszczycić najbardziej nowoczesnemi urządzeniami chirurgicznemi w Polsce. Zkolei przemawiał Dr. Meissner, naczelny lekarz Szpitala Przemienienia Pańskiego, podnosząc zasługi jubilata nad rozwojem szpitala. Podkreślając serdeczny stosunek, jaki go łączy z jubilatem dziękował mu za owocną współpracę w szpitalu. Imieniem asystentów Kliniki Chirurgicznej U. P. przemawiali kolejno Doc. Dr. Krotoski i Doc. Dr. Skubiszewski. Podnosząc zasługi Prof. Jurasza, jakie położył około organizacji Kliniki Chirurgicznej, omówili jego działalność jako kierownika tak pięknej placówki klinicznej i naukowej oraz jego działalność naukową, przyczem imieniem asystentów złożyli mu podziękowanie za pracę i trudy położone przy szkoleniu młodego pokolenia chirurgów. W imieniu uczniów Prof. Jurasza, byłych asystentów Kliniki Chirurgicznej U. P., którzy na uroczystość przybyli licznie z różnych stron, przemówił Dr. Strutyński, naczelny chirurg Szpitala SS. Miłosierdzia w Tczewie. Wkońcu zabrał głos jubilat, dziękując za tyle dowodów uznania, przywiązania i życzliwości. Po śniadaniu odbyła się wspólna fotografja.

Nazajutrz t. j. dnia 13. listopada o godz. 11-tej odbyło się nabożeństwo w kaplicy Nowego Domu Akademickiego przy licznym udziale młodzieży akademickiej i publiczności. Mszę św. odprawił Ks. Prałat Prądzyński, wygłaszając od ołtarza przemówienie okolicznościowe.

Po nabożeństwie odbyła się w sali 18-tej *Coll. Minus* właściwa uroczystość zorganizowana przez Poznański Komitet Akademicki, Koło Medyków Stud. U. P., K! Aeskulapję oraz Akademicki Związek Sportowy, pod protektoratem J. M. Rektora U. P. Prof. Dr. Pawłowskiego, Dziekana Wydziału Lekarskiego Prof. Dr. Padlewskiego i Ks. prałata Prądzyńskiego. Na wstępie odśpiewał chór Hasło pod kierownictwem Prof. Kwaśnika *„Gaude Mater Polonia"*, poczem zebranie zagaił prezes Poznańskiego Komitetu Akademickiego p. Kończal, stwierdzając, że młodzież akademicka składa Prof. Juraszowi hołd nietylko jako uczonemu o światowej sławie, lecz wielkiemu przyjacielowi młodzieży akademickiej, zwłaszcza medycznej. Wśród gromkich oklasków wypełnionej po brzegi sali wręczył jubilatowi złotą odznakę Koła Przyjaciół Akademika. Następnie zabrał głos J. M. Rektor U. P. Prof. Dr. Pawłowski i między innemi oświadczył, że on i Senat Akademicki przyłączają się w dniu dzisiejszym do hołdu, jaki młodzież akademicka składa jubilatowi. Zkolei przemawiali w serdecznych słowach Dziekan Prof. Dr. Padlewski imieniem Wydziału Lekarskiego U. P., Prof. Dr. Gantkowski im. Izby Lekarskiej Poznańsko-Pomorskiej, im. Oddziału Poznańskiego Polskiego Czerwonego Krzyża i w im. Archidjecezjalnej Ligi Katolickiej oraz Prof. Dr. Piasecki. Mówcy omówili działalność Prof. Jurasza na polu naukowem i społecznem, podnieśli zasługi, jakie położył dla nauki polskiej biorąc czynny udział w licznych kongresach i zjazdach naukowych w kraju i zagranicą, zasługi, jakie położył przy organizacji Wydziału Lekarskiego w Poznaniu, a przedewszystkiem Kliniki Chirurgicznej, którą postawił na tak wysokim poziomie klinicznym i naukowym, że zajmuje jedno z pierwszych miejsc w Polsce i śmiało może rywalizować z podobnemi placówkami zagranicą, wkońcu jego zasługi jako prezesa Polskiego Czerwonego Krzyża na Okręg Wielkopolski. Prof. Dr. Piasecki wskazał w dłuższym referacie na warunki, w jakich jubilat wzrastał i dochodził do znaczenia, podkreślając wpływ środowiska Heidelbergu oraz wpływ wychowawczy ś. p. wielkiego ojca jubilata, laryngologa światowej sławy. Imieniem asystentów i uczniów Prof. Jurasza przemawiał Doc. Dr. Skubiszewski, omawiając zdobycze naukowe profesora w dziedzinie chirurgji, a mianowicie: w zakresie leczenia ropnego zapalenia otrzewnej, kamicy żółciowej, choroby Basedowa oraz w zakresie znieczulenia lędźwiowego. W imieniu Związku Lekarzy Ziem Zachodnich Polski składał życzenia Doc. Dr. Bajoński. Następnie złożył życzenia przedstawiciel młodzieży medycznej prezes Koła Medyków p. Dzieciuchowicz, wskazując na szczególną sympatję i opiekę, jaką jubilat jako kurator i opiekun Koła Medyków darzył młodzież medyczną i wręczył mu album zawierający fotografję jubilata, J. M. Rektora, Dziekana Wydziału Lekarskiego, zdjęcia zbiorowe poszczególnych kursów Wydziału Lekarskiego, zdjęcia wszystkich klinik U. P. ze szczególnem uwzględnieniem Kliniki Chirurgicznej jako warsztatu pracy jubilata. W imieniu K! Aesculapia składa życzenia jej prezes p. Kruppik, a następnie

prezes A. Z. S. p. Z. Kocaj, wręczając Prof. Juraszowi dyplom członka honorowego.

Wzruszony do głębi zabrał głos Prof. Jurasz. W podniosłych słowach podziękował za tyle dowodów uznania. Zwracając się zaś z gorącym apelem do młodzieży medycznej, by wniosła do zawodu lekarskiego więcej idealizmu, który cechował stare pokolenia lekarskie, wzywał ją, by przygotowała się do swego zawodu pracując wytrwale i sumiennie spełniając swe obowiązki.

Na zakończenie uroczystości odśpiewał chór *„Gaudeamus igitur"*.

W godzinach wieczornych odbyło się w mieszkaniu pp. Prof. Juraszów przyjęcie, w którem wzięli udział przedstawiciele sfer naukowych, lekarskich i młodzieży akademickiej.

Prof. Dr. Józef Pelnař.

16-go listopada czeski świat lekarski uroczyście obchodził 60-lecie urodzin Prof. Dra Józefa Pelnařa, dyrektora II kliniki chorób wewnętrznych w Pradze. Urodzony w Domažlicàch w r. 1872, tamże ukończył gimnazjum. W r. 1897 ukończył studja lekarskie w Pradze. Początkowo uczeń Mareša pracował jako fizjolog, wkrótce poświęcił się badaniu chorób wewnętrznych jako współpracownik Maixnera. Na tym terenie zetknął się z prof. Thomayerem, którego wiernym uczniem pozostał już na stałe, pomimo zamiłowania do anatomji patologicznej i bakterjologji, nabytego pod wpływem prof. Hlavy. Serdeczny przyjaciel Pawła Kučery, późniejszego profesora higjeny na wydziale lekarskim U. J. K. we Lwowie, przez pół roku zastępował Kučerę w asystenturze anatomji patologicznej u prof. Obrzuta we Lwowie. Zdawało się, że Pelnař zostanie anatomo-patologiem, lecz miłość do badań klinicznych wzięła górę. Pod wpływem przyjacielskich rad Kučery i Obrzuta wrócił do Thomayera. Równocześnie oddawał się pilnie studjom neurologicznym u Kuffnera, u którego otrzymał też asystenturę. Po ustąpieniu Eiselta kierownictwo kliniki oddano Thomayerowi, który młodego Pelnařa wziął do siebie, jako asystenta. Od 1902—1907 roku był asystentem u Thomayera, w r. 1905 habilituje się. W r. 1912 mianowany profesorem nadzwyczajnym, objął klinikę Thomayera w r. 1921, którą kieruje po dzień dzisiejszy. Całe dnie spędza na klinice, rezygnując z praktyki (ordynuje jednorazowo w tygodniu). Ogłosił przeszło 100 prac z dziedziny neurologji i chorób wewnętrznych. Obecnie pracuje nad wydaniem podręcznika chorób wewnętrznych (I tom obejmujący choroby zakaźne już się ukazał). Opisał szczegółowo pewną odrębną postać meningizmu, przebiegającą epidemicznie t. zw. *Meningismus epidemicus* lub choroba Pelnařa. Na klinice stworzył własny kierunek, kształcąc szereg dzielnych lekarzy, z których wielu już dzisiaj piastuje godności uniwersyteckie. Skupia około siebie znaczną liczbę wybitnych współpracowników, stwarzając klinikę o bardzo wysokim poziomie naukowym. Jako uczeń Pelnařa miałem sposobność poznać bliżej wpływ indywidualności Pelnařa na pracę kliniczną oraz jego wprost pedantyczne staranie się o potrzeby kliniki i swoich współpracowników, o podniesienie jej poziomu naukowego.

Do Polski odnosił się zawsze życzliwie, niejednokrotnie wspominał serdecznie swój pobyt we Lwowie. Z Obrzutem, a zwłaszcza z Kučerą łączyły go dozgonne węzły przyjaźni. Z okazji jubileuszu prof. Gluzińskiego w r. 1927 ogłosił w Polskiej Gazecie Lekarskiej pracę o tężcu falującym *(Signe du tétanos onduleux* 1927, z. 43).

I polski świat lekarski dołącza się do serdecznych życzeń, składanych temu czeskiemu uczonemu w dniu jego jubileuszu.

Ungar (Lwów).

Collegium pharmaceuticum Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Poświęcenie i otwarcie Kolegjum farmaceutycznego Oddziału farmaceutycznego, istniejącego od r. 1930 przy Wydziale lekarskim Uniwersytetu J. K. we Lwowie, odbyło się dnia 19. listopada. W uroczystości wzięło udział grono przedstawicieli władz rządowych, samorządowych, rektor, dziekani i wielu profesorów, wreszcie najbardziej zainteresowane sfery farmaceutyczne z prezesem Gremjum aptekarskiego i Tow. aptekarskiego, a także delegaci tych sfer z Krakowa i Warszawy i liczna młodzież. Uroczystość otwarł dziekan Wydziału lekarskiego prof. Koskowski, podnosząc z uznaniem niezwykłą ofiarność sfer farmaceutycznych, dzięki której powstał nowy gmach, poświęcony działowi, który tak ściśle łączy się z wiedzą lekarską. Prezes Gremjum aptekarskiego p. Ehrbar odczytał akt fundacyjny a prezes Tow. apt. dr. Poratyński przedstawił dzieje powstania budynku i trudności, jakie musiano zwalczyć, by myśl jego budowy urzeczywistnić. Imieniem Rządu przemówił naczelnik Woj. Wydziału Zdrowia dr. Majewski, zaś imieniem Ministra W. R. i O. P. naczelnik departamentu p. Stypiński. Wreszcie prof. Parnas, dyrektor Oddziału, podziękował tym wszystkim, którzy przyczynili się do powstania pięknego dzieła. Poświęcenia dokonał X. biskup Lisowski. Piękny w nowoczesnym stylu zbudowany gmach, urządzony według wszelkich wymagań zarówno co do rozkładu sal, jak urządzenia specjalnego, mieści w sobie przedewszystkiem laboratorja chemiczne i aptekę wzorową. Należy podnieść, że całe urządzenie zostało wykonane siłami krajowemi. Budynek zaopatrzony jest w centralną wentylację według planu oryginalnego. Budynek jednopiętrowy jest przygotowany do nadbudowy każdej chwili piętra drugiego. Koszt budowy znaczny, bo z urządzeniem dochodzący niemal do 350.000 zł poniosły organizacje farmaceutyczne, dając tem przykład wielkiej ofiarności dla celów nauki i nauczania i wielkiego poczucia obywatelskiego. Budynek ofiarowany Państwu stanął na gruntach medycyny teoretycznej przy ul. Piekarskiej 52. *N.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

W dniu 12. XI. w sali wykładowej II-ej Kliniki Chorób Wewn. U. W. odbył się obchód dla uczczenia 35 lat pracy naukowej i lekarskiej prof. Witolda Orłowskiego; podczas obchodu wręczono Mu zeszyt Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej, zawierający prace uczniów Profesora, a tworzący tom o przeszło 900 stronach.

W Warszawie w październiku odbył się obchód ku uczczeniu 30-letniej pracy lekarsko-naukowej prof. Mieczysława Michałowicza. Pedjatrja Polska poświęciła Jubilatowi specjalny zeszyt zawierający prace Jego uczniów.

Dr. Kiersnowski Stanisław, naczelnik Wydziału Sanitarnego radomskiej dyrekcji kolejowej odznaczony został złotym krzyżem zasługi.

Prof. Szenajch wiceprzewodniczącym Rady Lekarskiej. Na zebraniu konstytucyjnem Rady lekarskiej w Warszawie, powołano na stanowisko wiceprzewodniczącego prof. Wł. Szenajcha, na stanowisko sekretarza dr. Z. E. Witkowskiego.

Prof. dr. Stefan Różycki został mianowany dyrektorem Kasy Chorych w Poznaniu po ś. p. Dr. Cz. Jakubowskim.

Prof. J. Nowak wymieniony został jako kandydat na członka działu medycyny weterynaryjnej Akademji Medycyny w Paryżu obok: Ascoliego (Italja), Hendricka (Belgja), Hutyry (Węgry) i Lanfranchi'ego (Italja).

Zmarli.

Dr. Edmund Wojtyła, sekund. szpitala miejskiego w Bielsku n. Śl.

Dnia 30. XI. b. r. zmarł nagle w Hamburgu prof. dr. Hans Much, dyrektor Instytutu Immunologji (biologji patologicznej) w Hamburg-Eppendorf, — w wieku 52 lat. Zmarły uczony należał do najwybitniejszych badaczy zarazka gruźlicy. Znany był również z niepohamowanej ostrości w dyskusjach naukowych, co uwidoczniło się po raz ostatni w rozprawach nad tragicznemi szczepieniami przeciwgruźliczemi w Lubece.

W Paryżu zmarł prof. Anatol Chauffard, jeden z czołowych klinicystów francuskich.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Dnia 25 listopada r. b. w sali Kolumnowej Pałacu Staszica odbyło się uroczyste Zebranie Towarzystwa Naukowego Warszawskiego z okazji 25 rocznicy jego założenia. Towarzystwo Naukowe Warszawskie powstało w r. 1907 dzięki staraniom dawnych profesorów i uczniów Szkoły Głównej w Warszawie. W myśl pragnień jego twórców miało ono być następcą Królewskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, założonego w Warszawie w r. 1800 i tak chlubnie w dziejach naszych zapisanego, a po latach 32 swego istnienia przez zaborcę zniszczonego. Sejm Ustawodawczy odrodzonej Polski uchwałą z r. 1919 przyznał Towarzystwu Naukowemu charakter spadkobiercy pierwszego w Warszawie Towarzystwa naukowego. W ciągu 25 lat swego istnienia Towarzystwo Naukowe Warszawskie było wielkim ośrodkiem pracy naukowej, skupiło pracownie,

stworzyło bibljoteki i wydawnictwa naukowe. Rok bieżący, rok jubileuszowy Towarzystwa Naukowego Warszawskiego jest zarazem setną rocznicą zniszczenia jego poprzednika — Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Zebranie zagaił prezes Tow. prof. W. Sierpiński. Po przemówieniu Min. Jędrzejewicza, delegatów i sprawozdaniu sekretarza gen. prof. Lotha, wręczono medal byłemu prezesowi Tow. prof. K. Żórawskiemu. Uroczystość zakończyło otwarcie Muzeum archeologicznego im. Erazma Majewskiego w gmachu Staszica.

XV. posiedzenie Wydz. Lek. T. P. N. odbyło się 2. XII. 1932. Porządek obrad: Doc. dr. F. Raszeja i J. Billewicz-Stankiewicz: Z badań doświadczalnych nad działaniem atofanu na stawy. — Dr. R. Zieliński: O uporczywych postaciach rwy kulszowej i ich leczeniu. — Zwiedzenie nowej Polikliniki Ortopedycznej U. P.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się dnia 6. XII. 1932. 1. Pruszczyński A.: Niezwykła postać rzekomo-błoniastego zapalenia krwiotocznego wewnętrznej powierzchni opony twardej (pokaz anatomiczno-patologiczny). — 2. Lauber J.: O znaczeniu rozpoznawczem mroczków środkowych. — 3. Gluziński A.: Żółtaczki (icterus), ostry zanik żółty wątroby (atrophia hepatis acuta flava) a kiła (syphilis). — 4. Venulet F. i Goebel F.: W sprawie powstawania witasteryny D w ustroju.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. — Sekcje i ich gospodarze: 1. Sekcja nauk matematycznych, fizycznych i astronomiczno-geodezyjnych: Prof. Dr. Zdzisław Krygowski. 2. Sekcja geologji, geografji, mineralogji i paleontologji: Prof. Dr. Stanisław Pawłowski. 3. Sekcja chemji: Prof. Dr. Antoni Gałecki. 4. Sekcja biologji, fizjologji, chemji fizjol. i genetyki: Prof. Dr. Leon Zbyszewski, Zakład fizjologji, Fredry 10. 5. Sekcja zoologji, anatomji i antropologji: Prof. Dr. Antoni Jakubski. 6. Sekcja botaniki: Prof. Dr. Adam Wodziczko. 7. Sekcja leśnictwa: Prof. Dr. Juljan Rafalski. 8. Sekcja ochrony przyrody: Prof. Dr. Adam Wodziczko. 9. Sekcja entomologji: Prof. Dr. Edward Lubicz-Niezabitowski. 10. Sekcja przyrodniczo-dydaktyczna: Prof. Dr. Ludwik Jaxa Bykowski. 11. Sekcje nauk rolniczych: Prof. Dr. Józef Sypniewski. 12. Sekcje nauk weterynaryjnych: Prof. Dr. Stanisław Runge. 13. Sekcje nauk farmaceutycznych: Prof. Dr. Konstanty Hrynakowski, Zakład chemji farmaceutycznej, Grunwaldzka 14. 14. Sekcja radjologji: Prof. Dr. Karol Mayer, Zakład Radjologji, Coll. Med. Fredry 10. 15. Sekcja anat. patologicznej: Prof. Dr. Ludwik Skubiszewski, Zakład anat. patologicznej, ul. Kozia 9. 16. Sekcja mikrobiologji: Prof. Dr. Leon Padlewski, Zakład mikrobiologji lekarskiej, Wały Wazów 25. 17. Sekcja higjeny i medycyny społecznej: Prof. Dr. Paweł Gantkowski, Zakład Fredry 10. 18. Sekcja medycyny sądowej: Prof. Dr. Stefan Horoszkiewicz, Zakład Medycyny sądowej, Święcickiego 6. 19. Sekcja historji i filozofji medycyny: Prof. Dr. Adam Wrzosek, Sem. historji i fil. med. Górna Wilda 89. 20. Sekcja medycyny wewnętrznej, farmakologji i patologji ogólnej: Prof. Dr. Wincenty Jezierski, Klinika terapeut. chorób wewn. Szpital Miejski, Szkolna 10. 21. Sekcja pedjatrji: Prof. Dr. Karol Jonscher, Klinika chorób dziecięcych,Marji Magdaleny 3. 22. Sekcja chirurgji i ortopedji: Prof. Dr. Antoni Jurasz, Klinika chirurgiczna Szpitala Przemienienia Pańskiego, Długa 1. 23. Sekcja ginekologji i położnictwa: Prof. Dr. Bolesław Kowalski, Klinika ginekol.-położn. Polna 17. 24. Sekcja okulistyki: Prof. Dr. Witold Kapuściński, Klinika oczna, Wały Batorego 2. 25. Sekcja chorób nerwowych i psychjatrycznych: Prof. Dr. Stefan Borowiecki, Klinika neurologiczno-psychjatryczna, Północna 10. 26. Sekcja dermatologji: Dr. Zygmunt Bochyński, Plac Wolności 18. 27. Sekcja otolaryngologji: Prof. Dr. Alfred Laskiewicz, Klinika chorób uszu, nosa i gardła, Fredry 7. 28. Sekcja stomatologji: Zast. Prof. Józef Jarząb, Klinika Stomatologiczna, Fr. Ratajczaka 14. 29. Sekcja higjeny szkolnej i wychowania fizycznego: Prof. Dr. Eugenjusz Piasecki, Studjum Wych. Fiz., Park Wilsona. 30. Sekcja medycyny wojskowej: Płk. Dr. Ksawery Maszadro, Szefostwo Sanitarne, Plac Działowy. 31. Sekcja eugeniki: Ppułk. Dr. Leon Drożyński, Plac Wolności 7. 32. Sekcja balneologji i klimatologji: Prof. Dr. Paweł Gantkowski. 33. Sekcja prasy lekarskiej: Prof. Dr. Adam Wrzosek. 34. Sekcja zawodowo-lekarska: Dr. Roman Konkiewicz, Wierzbięcice 37 a.

W Niemczech powstało Towarzystwo propagandy łaciny jako międzynarodowego języka i wydało pierwszy zeszyt swego pisma „Societas latina" (redaktor prof. Welz,, Nakład G. Hürth, München). Podobne Towarzystwa istnieją we Włoszech i Francji szczególnie czynne na terenie świata lekarskiego. We Włoszech urządza się kursy konwersacji łacińskiej dla studentów medycyny i propaguje się umieszczanie łacińskich streszczeń w naukowych pracach.

Medycyna Społeczna.

Na styczeń 1933 planowanem jest urządzenie w Katowicach wystawy higjenicznej staraniem Instytutu Bezpieczeństwa i Higjeny Pracy.

Z ostatniej pracy Calmette'a (Presse méd. 92, 1932) dowiadujemy się, iż obecnie we Francji co piąte narodzone dziecko szczepione jest zapomocą BCG. W roku 1925 dokonano 4.328 szczepień, w roku 1932 (bez listopada i grudnia) 102.690. Calmette jest zwolennikiem szczepienia wszystkich dzieci a więc i od zdrowych rodziców pochodzących, przeciwny jest jednak przymusowi szczepienia, nakładanemu przez państwo.

Sprawy zawodowe.

30. X. odbyło się posiedzenie Komitetu Głównego do spraw lekarzy K. Ch. Związku Lek. P. P. W dyskusji nad rządowym projektem z marca 1932 ustawy o ubezpieczeniach społecznych zwrócono uwagę na zmniejszenie praw ubezpieczonych, sprzeciwiono się dopłatom ze strony ubezpieczonych za leki i porady, domagano się, by dyrektorami kas byli lekarze. W sprawie projektu przepisów służbowych pracowników K. Ch. wykazano, że objęcie nim choćby tylko lekarzy administracyjnych jest sprzeczne z ustawą, która stosunek lekarzy do K. Ch. reguluje na podstawie umowy.

Dnia 27. XI. odbył się w Przemyślu Zjazd dyrektorów szpitali powszechnych województw południowo-wschodnich. W zjeździe wzięło udział 40 delegatów z naczelnikiem Wydziału Zdrowia woj. lwowskiego, dr. Majewskim na czele. Omawiano ciężki stan gospodarczy szpitali, sprawy należytości ze strony Ministerstwa Skarbu, stosunku do Kas Chorych i inne sprawy gospodarki szpitalnej.

Różne.

Przy poparciu Min. Op. Społ. Pol. Zw. Przeciwgruźliczy organizuje 9-cio tygodniowy bezpłatny kurs uzupełniający dla lekarzy mających się poświęcić pracy na polu walki z gruźlicą. Obecny kurs trwać będzie od dnia 15. I. — 18. III. 1933 i uwzględni w pierwszym rzędzie studja praktyczne, jak również obejmie wykłady teoretyczne z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Każdy ze słuchaczów będzie miał możność praktycznego zajmowania się kliniką gruźlicy płuc przez odbycie praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w szpitalu i sanatorjum. Nadto każdy ze słuchaczów zaznajomi się dokładnie z techniką pracy w poradniach przeciwgruźliczych pracując kolejno w trzech poradniach przez cały czas trwania kursu. Podania o przyjęcie na kurs należy składać do biura Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie ul. Chocimska 24 do dnia 31. XII. 1932 r. Do podania należy dołączyć: 1) curriculum vitae, 2) ewentualne zaświadczenie instytucji delegującej lekarza na kurs, 3) zobowiązanie do czynnego zwalczania gruźlicy przynajmniej przez 2 lata po ukończeniu kursu. Kandydaci zgłaszający się na kurs mogą ubiegać się o przyznanie zwrotnego stypendjum w wysokości 400 zł. O przyjęciu na kurs decydować będzie Komisja Kwalifikacyjna, poczem zostaną wysłane zawiadomienia poszczególnym kandydatom. Z ukończenia kursu wydane będzie każdemu słuchaczowi odpowiednie zaświadczenie, po uprzedniem złożeniu końcowego colloquium.

W Poznaniu obchodziło Tow. Kolonij letnich im. Dra Stanisława Markiewicza 50-letni jubileusz.

10. II. 1933. upływa 10 lat od śmierci Dr. C. Roentgena.

Redakcja otrzymała.

A. Cieszyński: Zwiększenie wydajności pracy. Wyd. „Polska Stomatologja" 1932.

Kursbüro d. Wiener Med. Fakultät: Verzeichnis der Aerztekurse im Studienjahre 1932/33. Wien.

W. Zawadowski: O radjodiagnostyce i radjoterapji raka pierwotnego płuc. Warszawa. 1932.

H. Mierzecki: O pierwszym oddziele chorób zawodowych w Polsce. Odb. z Wiadomości Lekarskich. 1932.

H. Mierzecki: O t. zw. mięsakach skóry typu Kaposiego. Odb. z Wiadomości Lekarskich. 1932.

H. Mierzecki: Berufsstigmata bei Ziegelträgern. Odb. z Zblt. f. Gewerbehygiene. 1932.

H. Mierzecki: Sarcoma idiopathicum multiplex Raposi. Odb. z Arch. f. Dermatologie u. Syphilis. 1932.